تحرير: شريفة تكين وَ روبين بلوم

مكتبة

موسوعة بلومزبري في

فلسفة الطب النفسي

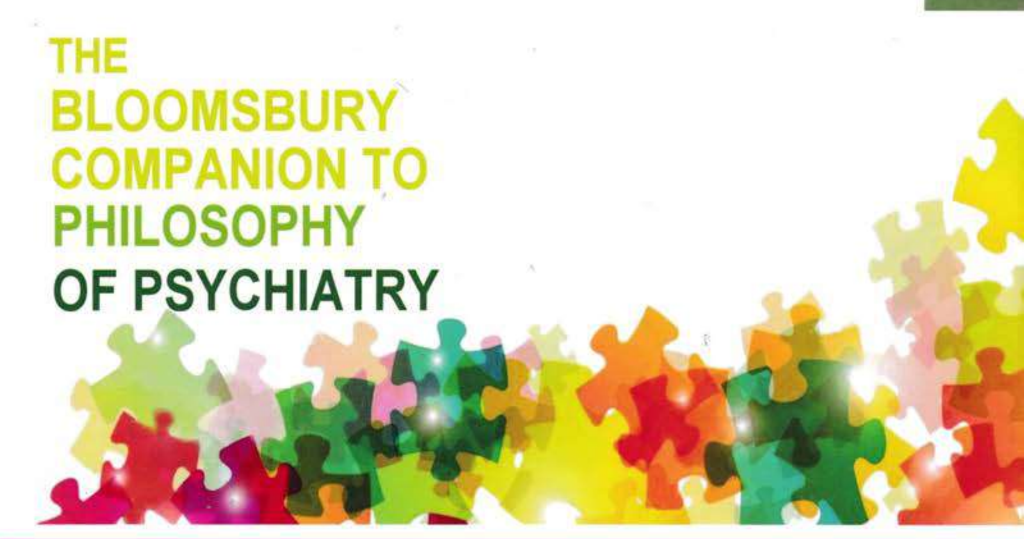
ترجمة

د. مصطفى سمير عبد الرحيم

تقديم

د. عبد الله بن سعيد الشهري

نديم للترجمة





ابن النديم للنشر والتوزيع



دار الروافد الثقافية ـ ناشرون

موسوعة بلومزيري

في فلسفة الطب النفسي



العنوان الأصلي للكتاب

The Bloomsbury Companion to Philosophy of Psychiatry
Edited by Serife Tekin and Robyn Bluhm

موسوعة بلومزبري في فلسفة الطب النفسي

ترجمة: د. مصطفى سمير عبد الرحيم

الطبعة الأولى، 2021
عدد الصفحات: 764
القياس: 17 × 24
الترقيم الدولي ISBN: 978-9931-599-40-1
الإيداع القانوني: السداسي الأول/ 2021

ابن النديم للنشر والتوزيع

الجزائر: حي 180 مسكن عمارة 3 محل رقم 1، المحمدية
خلـــوي: 03 76 20 661 213+

وهـــران: 51 شارع بلعيد قويدر
ص.ب. 357 السانيا زرباني محمد
تلفاكس: 88 97 25 41 213+
خلـــوي: 03 76 20 661 213+
Email: nadimedition@yahoo.fr

دار الروافد الثقافية ـ ناشرون

خلوي: 28 28 69 3 961+
هاتف: 37 04 74 1 961+
ص. ب.: 113/6058
الحمراء، بيروت-لبنان
Email: rw.culture@yahoo.com
info@dar-rawafed.com
www.dar-rawafed.com

ابـن الـنـديـم لـلـنـشـر والـتـوزيـع   دار الـروافـد الـثـقـافـيـة - نـاشـرون

تحرير

شريفة تكين وَ روبين بلوم

موسوعة بلومزبري

في فلسفة الطب النفسي

ترجمة

د. مصطفى سمير عبد الرحيم

تقديم

د. عبد الله بن سعيد الشهري





المحتويات



تقديم وتقريظ 9
مقدِّمة المترجِم 11

القسم الأول: تمهيد

1 **نبذة عن فلسفة الطب النفسي**
شريفة تكين وَ روبين بلوم 41

2 **ما هو الطب النفسي؟**
مُنى غوبتا 61

القسم الثاني: فلسفة العقل والطب النفسي

3 **فِهم طبيعة الحالات الذهنية: الطب النفسي، ومشكلة العقل-الجسد، والنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي للطب**
جيسي بتلر 89

4 **"أليست الاضطرابات الذهنية مجرّد اختلالات في توازنات المواد الكيميائية؟"، "أليست الاضطرابات الذهنية مجرّد اختلالات وظيفية في الدماغ؟"، وغيرها من الأسئلة الشائعة حول الاضطرابات الذهنية**
جينجر هوفمان 113

5 **السيكوباتية، التوحّد، الانفعالات الأخلاقية الأساسية: الأدلة على النزعة البنائية العاطفانية**
إريك خوسيه راميريز 159

6 فقدان الشهية العُصابي والعقل المتجسّد
لانا كوهلي 187

القسم الثالث: الفينومينولوجيا والطب النفسي

7 ميرلو-بونتي وأسس علم النفس المرَضي
أنتوني فنسنت فرنانديز 211

8 التحوّل عبر الحوار: غادامير وفينومينولوجيا البينذاتية المتدهورة في الاكتئاب
كونستانتين-ألكسندر ميمل 241

القسم الرابع: فلسفة العلم والطب النفسي

9 فلسفة العلم، التصنيف الطبي النفسي، والـ DSM
جوناثان ي. تسو 267

10 المجازفات الاستقرائية والتصنيف الطبي النفسي
آرون كوستكو 293

11 التفسير السببي في الطب النفسي
توماس ك. بيرنو 319

12 الأبحاث النفسية الملمّة-بالصدمة
آمي هاربين 345

القسم الخامس: الأخلاق والطب النفسي

13 الموافقة المستنيرة في الطب النفسي: المسائل القانونية والفلسفية
كلير بونسي وجون ف. ميرز 369

14 أخلاقيات الإكراه وأشكال التأثير الأخرى
كيلسو كوراتسلي 405

15 **الصوت، الإسكات، الاستماع الجيد: المرضى المتموقعين اجتماعياً، والبِنى الجائرة، والدعوة إلى تحويل الحقل الإبستمي**
نانسي نيكويست بوتر 433

16 **الاعتلال الذهني، والقوة الفاعلة، والمسؤولية**
ميشيل سيوريا 461

17 **الفلاسفة، والمعتلون نفسياً (السيكوباتيون)، والأخلاق العصبية**
ماثيو روبل 491

القسم السادس: الفلسفة الاجتماعية والسياسية والطب النفسي

18 **نظرية التنوّع العصبي ومساوئها: التوحّد، الفصام، النموذج الاجتماعي للإعاقة**
روبرت شابمان 521

19 **إدارة الأفراد والجماعات من خلال التصنيف الطبي النفسي**
ديفونيا هافيس ومليسا موسكو 549

20 **متلازمة الأفريقي الشمالي: اجتياز المسافة إلى "الآخر" الثقافي**
بريان موكاندي 579

القسم السابع: الميتافيزيقيا، الإبستمولوجيا، والطب النفسي

21 **الاضطراب الذهني، وحرية الإرادة، والاستقلال الشخصي**
كريستيان بيرنغ 603

22 **المشاكل الميتافيزيقية في التصنيف الطبي النفسي وعلم تصنيف الأمراض**
بيتر زاكار 623

23 **الواقعية واللاواقعية في العِلم، والتشخيص الطبي النفسي**
سام فيلوز 649

24 الإبستمولوجيا الاجتماعية والطب النفسي
آنكا بوتر 673

القسم الثامن: فلسفة الطب والطب النفسي

25 وظائف التشخيصات في الطب والطب النفسي
هاني تو مونغ 701

26 الصحة العقلية والاعتلال: المناقشات السابقة والاتجاهات المستقبلية
رينير شور 727

قائمة المراجع مع حواشي توضيحية: قراءات إضافية 747
ثبت تعريفي بالمساهمين في هذا الكتاب 759

نحن...عُرضة للعيوب، للتعاسة، للتقطّع، للتقاذف والتقلّب صعوداً وهبوطاً... لعدم اليقين والهشاشة، وكذلك حال كل ما نثق به. ومَن لا يعرف ذلك، ولم يكن متسلّحاً لتحمّل ذلك، لا يصلح للعيش في هذا العالم. – Robert Burton, *The Anatomy of Melancholy* (1621)

«جميع مآسي البشر تنبع من عدم قدرتهم على الجلوس في غرفة هادئة وحدهم». – بليز باسكال

«ما يصنع أعدائي بي؟... أنا جنتي وبستاني في صدري.. أين رحت فهما معي لا تفارقاني.. أنا حبسي خلوة.. وقتلي شهادة.. وإخراجي من بلدي سياحة..». – ابن تيمية


محمد خطاب

تقديم وتقريظ



رغم اطلاعي القاصر على إنتاج النشر في العالم العربي، إلا أنني سأتجاسر لأزعم أنّ 'فلسفة الطب النفسي' أحد المجالات الحديثة التي لم تحظ بالاهتمام في عالمنا العربي. يأتي هذا العمل في الوقت المناسب ليمثل مبادرة رائدة ويسُد حاجة ملحّة في بابه. يُعرِب هذا الكتاب القيّم عن غرضه في قول المُحرِرَتيْن: "إننا نعتقد أنّ هذا الكتاب مفيدٌ لشريحة واسعة من الجمهور. إذ يمكن استخدامه كمرجِع تمهيدي للطلّاب الجُدد في كل من الفلسفة والطب النفسي، أو لتقديم نظرة عامة عن فلسفة الطب النفسي للطلبة، أو المدرّسين، أو الباحثين في أحد المجالين ممّن يرغب منهم في معرفة المزيد عن المجال الآخر". وقد وفّى الكتاب بهذا المقصد وطابق غرضه.

لكن كان بودّي أنهما أدرجتا نبذة مختصرة على الأقل عن تاريخ الطب النفسي، فإن ذلك أدعى لفهم أفكار الكتاب ضمن السياق الأكبر الذي يُحيط بها. ومع ذلك فقد أهملتا ذكره، وعذرهما أنه "نظرًا لأنّ تركيزنا"، كما قالتا في تقديمهما، "كان على الفلسفة المعاصرة للطب النفسي، فقد اضطررنا إلى التغاضي عن لحظات مهمة من تاريخ الطب النفسي وكذلك عن تطوّر فلسفة الطب النفسي". من أجل ذلك أحسن المترجم أيما إحسان لما أضاف هذا الجزء المكمّل إلى بداية الكتاب، بعد أن تفطّن لأهميته في تناول – بعبارة المترجم نفسه – "البعد التاريخي الذي تبلورت من خلاله أهم أفكار الطب النفسي وفلسفته". والجزء المقصود عبارة عن ترجمة لشطر من مدخل 'فلسفة الاعتلال الذهني' التابع لموسوعة الإنترنت للفلسفة (IEP)، وهي موسوعة فلسفية

قيمة. بهذه الإضافة تكتمل الأبعاد الأساسية لفهم مآخذ الأفكار والنقاشات الواردة فيه. ومن نافلة القول إن كل عمل بشري له آفاته التي تنزله عن مرتبة العصمة، ولا ينبغي أن يقدح هذا في قيمة عمل من هذا النوع. هذا وقد بذل المترجم جهدًا كبيرًا في تجويد الترجمة، وأحضر إبداعه ومواهبه لتظهر بهذه الصورة الحسنة. تبين لي هذا بعد أن راجعت بعض فصوله، وتحققت من حكمي عن كثب. فمن براعته في هذا المساق انتباهه الدقيق لأهمية التفريق بين الاصطلاحات المتقاربة ثم التزام الاتساق في استعمال المصطلحات إلى نهاية الكتاب. فمن ذلك مثلاً تفريقه بين 'المرض' و'الاعتلال' و'الاضطراب' و'الاختلال' و'الضيق' أو 'الكَرْب' والحفاظ على الاتساق الاستعمالي ما أمكن، إذ يحدث أحيانًا أن يخلط بعض المترجمين بينها، أو يتساهل في إحلال بعضها محل بعض. وحين شرعتُ في مطالعة هذا الكتاب، نبهني المترجم إلى أنّ القدر الأكبر من المتعة والفائدة ينتظرني في الشطر الأخير منه، وقد صدق في ذلك (ربما لأنه علم بنباهته المعهودة أنّ خلفيتي في علم الاجتماع ستلتقي مع المباحث الفلسفية المتعلقة بأخلاقية المهنة والمجتمع والسلطة) فقد كانت الفصول الأخيرة، والمعالجات التي اضطلعت بمناقشة أفكارها، مبتكرة ومهمة وماتعة في آن معًا.

آمل أن يجد القراء المهتمون بغيتهم في هذا السفر القيّم، وأشكر أخي المترجم د. مصطفى على حسن ظنه، وأشكره شكرًا خاصًا على حسن اختياره وتفانيه في إتقان الترجمة بقدر ما وسعه الجهد، ثم أسأل الله جل وعلا أن يجعله من العلم الذي يُنتفع به في الحياة ويُنتفع بثوابه بعد الممات.

د. عبد الله بن سعيد الشهري
دكتوراه علوم اجتماع - جامعة ليستر
ماجستير لسانيات تطبيقية - جامعة نوتنغهام



مقدِّمة المترجِم*

إنّ فلسفة الاعتلال الذهني هي حقل دراسي متعدد التخصصات يجمع وجهات النظر والمناهج من فلسفة العقل، وعلم النفس، وعلم الأعصاب، والفلسفة الأخلاقية لأجل تحليل طبيعة الاعتلال الذهني. يهتم فلاسفة الاعتلال الذهني بدراسة المسائل الإبستمولوجية والأنطولوجية والمعيارية الناشئة من التصورات المتباينة عن الاعتلال الذهني.

تضم الأسئلة المركزية داخل فلسفة الاعتلال الذهني: هل يمكن منح مفهوم الاعتلال الذهني وصفاً خالياً من القيمة ومناسباً من الناحية العلمية؛ وهل يجب فهم الاعتلالات الذهنية على أنها شكل من أشكال الاختلالات الوظيفية الذهنية المميزة، وهل أفضل تحديد للاعتلالات الذهنية هو اعتبارها كيانات ذهنية متمايزة مع معايير ضَم\استبعاد واضحة أم كنقاط على طول سلسلة متصلة بين المعتل والسليم. لقد جادل الفلاسفة الذين انتقدوا مفهوم الاعتلال الذهني بأنه من غير الممكن تقديم وصف محايد-القيمة عن الاعتلالات الذهنية. حيث جادلوا بأن مفهومنا عن الاعتلالات الذهنية غالباً ما يُستعمل لإخفاء الطرق التي تَفرض من خلالها فئات الاعتلال الذهني علاقات السلطة والمعايير الموجودة مسبقاً. تبقى الأسئلة حول العلاقة بين الدور الذي تلعبه القيم داخل مفهوم

(*) هذه ترجمتي لقسم من مدخل فلسفة الاعتلال الذهني التابع لموسوعة الإنترنت للفلسفة (IEP) وأنا مدين بالشكر والتقدير لهذه الموسوعة وبالأخص لمحررها العام الأستاذ جيمس فيسر على سماحه لي بترجمة شطر هذا المقال وإدراجه في كتابنا.

الاعتلال الذهني وكيفية ارتباط هذه القيم بمفاهيم الاعتلال أكثر عمومية. إذ يدّعي الفلاسفة الذين يعتبرون أنفسهم جزءاً من حركة التنوّع العصبي أنّ مفهومنا عن الاعتلال الذهني يحب أن يتم تنقيحه ليعكس الأشكال المتنوعة للإدراك التي يمتلك البشر القدرة على القيام بها دون وصم الأفراد الذين يُعتبرون غير طبيعيين من الناحية الإحصائية. هنالك مسائل إبستمولوجية تتعلق بالعلاقة بين الاعتلال الذهني والتشخيص. فمن الناحية التاريخية، تركِّز القضايا الرئيسية على كيفية ربط علوم التصنيفات المرَضية للاعتلال الذهني، خاصة **الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية** (DSM)، الاختلالاتِ الوظيفية الذهنية بالأعراض القابلة للرصد. حيث يتم تحديد الاختلالات الوظيفية، وفق نظام الـ DSM، من خلال وجود أو غياب مجموعة من الأعراض من القائمة. جادل بعض من انتقد استعمال الاعراض السلوكية في تشخيص الاضطرابات الذهنية بأنّ الأعراض غير مفيدة من دون وجود مفهوم مناسب من الناحية النظرية عن ماذا يعني أن تكون الآلية الذهنية ضعيفة الأداء. وهناك قيد أدنى على النظام التشخيصي يتمثل في أنه يجب أن يكون قادراً على تمييز الشخص المصاب باعتلال ذهني حقيقي من الشخص الذي يعاني من مشاكل في العيش. يجادل النقاد بأنّ الـ DSM، على النحو الذي عليه الآن، لا يستطيع القيام بذلك.

مفاهيم الاعتلال الذهني

أ. فرويد والاغتراب النفسي

لم يبدأ مفهوم الشكل الذهني المميز للاعتلال بالتبلور بشكل تام، على الأقل عند الغرب، حتى النصف الأخير من القرن التاسع عشر مع إنشاء المصحّات العقلية. حيث كان يُعتقد أنّ الأفراد الذين يتم وضعهم في المصحّات هم مجانين أو يعانون من أمراض ذهانية. واعتُبِر السجناء الذهانيون مختلفين على نحو مميز عن الجماعات غير الذهانية وهذا ما يبرر إنشاء مؤسسات ذات

أغراض خاصة لاحتواء الأفراد المصابين بالذهان. تم تفسير الأفراد الذهانيون على أنهم يعانون من اضطرابات دماغية عضوية مميزة وقابلة لتحديد مواقعها وكانت تتم معالجتهم من قِبل محترفين طبيين يُعرفون بأطباء المجانين أو الأطباء المتخصصين بالغرباء = alienists (Elliot 2004, 471). في ذلك الوقت، قسّم علم تصنيف الأمراض للطبيب النفسي الألماني إيميل كريبلين الذهانات إلى نوعين: اضطرابات المزاج والخرف المبكّر (Kraepelin 1896a, 1896b). أما أشكال الكرْب الأخرى فكانت تقع جميعها، على أية حال، خارج نطاق المصحّة والمعالجة الطبية.

أمّا فيما يخص الأفراد غير المصابين بالذهان الذين كانوا تعساء في حياتهم، الذين يشعرون بالقلق الشديد، أو الذين قد تتأرجح حالتهم بين فترات من التحفيز المرتفع والمنخفض فلم يُعتقد أنهم يعانون من مشاكل ذهانية. ولم تتم معالجتهم عن طريق أخصائيي التعامل مع الغرباء(المجانين)، بل بدلاً من ذلك، لجأوا إلى طلب المساعدة من عائلاتهم وأصدقائهم أو رجال الدين (Horwitz 2001, 40). في هذا السياق، لم يتم فِهم عُسر المزاج غير الذهاني (التعاسة) على أنه مشكلة طبية مميزة بل عوضاً عن ذلك داخل مجموعة متنوعة من الأشكال الأخرى: مشاكل اجتماعية نموذجية في العيش، عيب في الشخصية، أو ببساطة طريقة عيش مختلفة. لم يكن حلّ التعاسة التي يعاني منها الكثير من الأفراد متوفراً في المصحّات بل بدلاً من ذلك عبر الأُسرة، أو الرب، أو المؤسسات الاجتماعية الأخرى. لقد كان هناك، في ذلك الوقت، فصلاً واضحاً بين المشاكل الطبية التي تؤدي إلى الذهان والمشاكل الاجتماعية التي تسبِّب المعاناة.

لقد نشأ فرويد داخل تقليد الأطباء المختصين بالغرباء المجانين وحصل على شهادته الطبية في عام 1881. ستُحدِث نظرية فرويد عن الذهني والاعتلال الذهني ثورة في الفهم الغربي لعلم النفس وستُصبح النموذج السائد في العلوم السيكولوجية حتى منتصف القرن العشرين. حيث كان الأطباء المختصون بالغرباء

يعتبرون الاعتلالات الذهنية تمظهرات لاختلالات وظيفية دماغية متمايزة نوعاً ما، وكان فرويد يفهم الفصل بين الأشخاص الطبيعيين والمعتلين ذهنياً على أنه ينشأ من صراع في الآليات النفسية التي كانت جزءاً من الذخيرة البشرية الطبيعية (Freud 1915/1977; Ghaemi: 2003, 4). ففي حين أن الأطباء المختصين بالغرباء فهموا أنّ التعاسة غير الذهانية هي مشكلة يمكن حلّها بواسطة الأفراد والشبكات التي تدعمهم، إلا أنّ فرويد فهِم المشاكل في العيش هي من نطاق المعالج النفسي. يقتبس بول روزن على نحو مشهور عن فرويد مدعياً أنّ "الظروف المثالية لـ (التحليل النفسي) تتواجد في المكان الذي لا نحتاجها فيه- أي بين الأصحّاء" (Roazen 1992, 160).

ومما كان حاسماً في توجُّه فرويد حول الاضطراب الذهني هو رؤيته عن العلاقة بين الأعراض السلوكية القابلة للرصد والاضطراب النفسي الأساسي. فعلى خلاف كريبلين، الذي فهِم الأعراض السلوكية الذهانية على أنها مرتبطة بشكل وثيق باختلالات وظيفية دماغية أساسية محددة، لم يعتقد فرويد أنّ الأعراض السلوكية من الممكن أن تكون مرتبطة باضطرابات فريدة. فالمصدر الأساسي للمعاناة النفسية البشرية، كما يفهمها فرويد، ينبع من تجارب الطفولة العالمية التي إذا تم فهمها أو حلّها بشكل سيّء، يمكن أن تظهر في مرحلة البلوغ كعُصاب. لقد رأى فرويد الكبت، على سبيل المثال، جزءاً طبيعياً للنمو من الطفل إلى البالغ. فالفرد يمكن أن يُخفِق في تطبيق التقنيات الكَبْتية بشكل صحيح. إذا ما حدث ذلك، فإنّ الصدمة المكبوتة بشكل سيّء يمكن أن تُظهِر نفسها في عددٍ لا يُحصى من الأشكال من التنظيف القهري، المقامرة المزمنة، الكآبة، وما إلى ذلك (Freud 1915/1989; Horwitz 2001, 43). إنّ مجرّد ملاحظة المِلانخوليا [الكآبة] في المريض لن يكون كافياً للمحلِّل النفسي ليفهم مصدر الاختلال الوظيفي الكبْتي.

ونظراً لأنّ العميل الذي يعاني من المقامرة المزمنة والعميل الآخر الذي يعاني من الهستيريا يمكنهما، من حيث المبدأ، أن يعانيا من نفس الاختلال

الوظيفي الكبْتي الأساسي، فإنّ أي دليل تشخيصي يقوم على تصور فرويد للاضطرابات الذهنية لن يحتفظ بالأعراض على أنها مهمة بشكل أساسي في عملية التشخيص. عوضاً عن ذلك، ادّعى فرويد أنّ الطريقة الوحيدة لفهم المريض الذي يعاني من اختلال وظيفي نفسي أساسي حق الفهم هي بالحصول على معلومات مفصّلة عن الشخص، بما في ذلك عن أحلامه أو أحلامها، لأجل كشف المحفزات الجنسية الكبْتية (Freud 1905/1997).

اعتمدت أول طبعتين من الـ DSM بشكل كبير على نظرية فرويد الأساسية عن الكبت والاضطراب الذهني. سيُهيمن علم تصنيف الأمراض هذا على التفكير الغربي حول المعتلين ذهنياً حتى ستينات القرن العشرين.

ب. الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية الأول والثاني

عندما نُشرت الطبعة الأولى من الـ DSM عام 1952، سيطرَ منظّرو الديناميكا النفسية على المشهد السريري والأكاديمي. حيث ترأس ما يقرب من ثُلثيّ رؤساء أقسام علم النفس في الجامعات الأمريكية محللون نفسيون وعكَسَ الـ DSM الناشئ اقتراحاتهم النظرية بشدّة (Strand 2011, 277). عند هذه المرحلة، كان يُنظر إلى الطب النفسي على أنه امتداد للممارسة الطبية. وقد فرض ذلك إنشاء علم تصنيف الأمراض [nosology]، وهو كتالوج عن الاضطرابات يختص بالممارسة السريرية (Graham 2010, 5).

لقد مثّلت الطبعة الأولى للـ DSM تغييراً ثورياً في مفهوم الاعتلال الذهني وعلاجه. وبالنظر إلى المفهوم الواسع للاعتلال الذهني الذي اقترحه فرويد وطلَبته، فقد خلُصت أول طبعتين للـ DSM إلى أنّ العديد من الأفراد الذين لم يكن يُنظر إليهم قبل هذه المرحلة، كمرضى معتلين ذهنياً، سيستفيدون من العلاج. ونظراً لأنّ الأعراض كانت مرتبطة بشكل ضعيف فحسب مع الاعتلال وفق الرؤية الديناميكية النفسية، فإنه فقط من خلال المحادثات المكرّرة والمكثّفة مع محلّل مؤهل يمكن أن يُساعَد الشخص على الوصول إلى السبب الجذري

لمشاكله (Horwitz 2002, 45; Grob 1991, 425). لقد خصصت الطبعة الأولى من الـ DSM مقداراً كبيراً من صفحاتها البالغة 145 صفحة لتصنيف مصطلحات ومفاهيم الاعتلال الذهني (الجمعية الأمريكية للطب النفسي 1952، 73-119). بخلاف الطبعات اللاحقة للدليل، لم يتم تحديد الاعتلالات الذهنية من خلال سلسلة الأعراض بل من خلال الصراع النفسي الأساسي المسؤول. فعلى سبيل المثال، تمّ تعريف الاضطراب العصبي النفسي على أنه:

> تلك الانزعاجات التي يكون فيها "القلق" هو الميزة الرئيسية، المعبَّر عنها أو المشعور بها بشكل مباشر، أو المسيطر عليها تلقائياً بواسطة هذه الدفاعات كالاكتئاب، التحوّل، الانفصال، الانزياح، تشكّل الرهاب، أو الأفكار والأفعال المكرّرة... يمكن أن يُعرّف ردّ الفعل العصبي النفسي على أنه ردّ الفعل الذي تَستخدم فيه الشخصية، أثناء صراعها لأجل التكيّف مع الضغوط الداخلية والخارجية، الآليات المذكورة أعلاه للتعامل مع القلق الناشئ (الجمعية الأمريكية للطب النفسي 1952، 12-13).

ومع ذلك، فإنّ وجود القلق ليس كافياً لتشخيص الاضطراب العصبي النفسي. فالقلق يجب أن ينتج عن صراع أساسي بين الشخصية والضغوط الأخرى. في هذا السياق، يقع على عاتق المحلِّل اكتشاف وجود هذا الصراع الأساسي من عدمه. إذ لا يمكن القيام بذلك بمجرد ملاحظة الأعراض؛ فقط العلاج الديناميكي النفسي يمكنه اكتشاف السبب الحقيقي وراء قلق المريض (Grob 1991, 423).

لقد جوبه نظام التصنيف والتشخيص هذا بمعارضة من مجموعات عديدة من داخل مجال الطب النفسي ومن خارجه على حد سواء؛ توطّدت هذه الانتقادات في الستينات. إذ ستظهر على الساحة الحركة "المناهضة للطب النفسي" الناشئة لتتحدّى الافتراضات التي تأسست عليها ممارسة الطب النفسي في النصف الأول من القرن العشرين. حيث خضعت مفاهيم الاعتلال الذهني،

الافتراضات الأساسية الكامنة وراء التشخيص، وحتى وضع الطب النفسي باعتباره علماً إلى انتقادات مستمرة. وكان بعض معظم المنتقدين للطب النفسي هم أنفسهم أطباء نفسيين سريريين: R.D Laing، ديفيد روزنهان، توماس ساس.

أجرى روزنهان زوجاً من الدراسات المشهورة التي من شأنها أن تقوّض بشكل جذري المشروعية العلمية للتشخيص السريري، خاصة في نظر الجمهور. ففي دراسته الأولية اتفق روزنهان مع سبعة متطوعين آخرين على إدخال أنفسهم إلى عدة مصحّات عقلية (Rosenhan 1973, 179-180). وأوعز إليهم ادعاء أنهم سمعوا صوتاً يقول لهم كلمتان "thud" و"hallow". وطلبَ منهم الإجابة بأمانة على جميع الأسئلة الأخرى. لقد اختار هاتين الكلمتين على وجه التحديد لأنهما لا تتوافقان مع نمط معروف من العُصاب في الـ DSM II. تمَ قبول إدخالهم إلى المصحّات العقلية، باستثناء واحد منهم تمّ إدخاله تحت تشخيص الفصام (Rosenhan 1973, 180). وقضَوا 52 يوم قبل أن يتم إطلاق سراحهم، بالرغم من حقيقة أنهم لم يمثّلوا أو يلعبوا دور ظهور أي أعراض لأي اعتلال ذهني، إلا أنّ روزنهان بدأ يلحظ أنّ أي سلوك يصدر عنهم يتم تأويله إلى علامة على اعتلالهم الذهني الأساسي. فالذي يدوّن بعض الملاحظات لغرض الاستفادة منها لاحقاً يتم تأويله على سبيل المثال إلى أنه ينخرط في سلوك كتابة غير عادي، ومن يتحدث مع الطبيب النفسي عن طفولته وأُسرته يتم تأويله إلى أنه يعاني من مشاكل الوشاية العُصابية في مرحلة الطفولة المبكرة (Rosenhan 1973, 183). وبما أنّ هؤلاء الأشخاص لم يكونوا من الناحية الأخرى يعانون من الكرْب، ادّعى روزنهان أنّ العملية التشخيصية لم توضّح "الاعتلال الذهني" الأساسي في أيٍ من المرضى المزيفين، بل عوضاً عن ذلك، كانت العملية التشخيصية غير علمية وغير قابلة للتكذيب.

بعد أن نشرَ روزنهان نتائج دراسته، سعت عدة مصحّات إلى تحدّي نتائجه من خلال إعادة التأكيد على صحة العملية التشخيصية. وادّعوا أنّ مصحّاتهم ما كانت لتنطلي عليها حيلة روزنهان وتحدّوه طالبين منه أن يرسل لهم مرضى

مزيفين لأجل تحليلهم. وافق روزنهان على ذلك، وبالرغم من حقيقة أنه لم يرسل مرضى مزيفين بالفعل، إلا أنّ هذه المصحّات شككت في 41 مريض من مرضاهم الجُدد (أي ما يعادل 20% من المرضى الجدد خلال 3 أشهر) على أنهم مرضى مزيفين أرسلهم روزنهان (Rosenhan 1973, 181). على ما يبدو أنّ العملية التشخيصية لم تكن قادرة على الفصل بدقة بين المعتلين ذهنياً والأصحّاء. ونتيجة انتقاد العملية التشخيصية، جزئياً من خلال دراسات روزنهان، سيتم تغيير نموذج التشخيص في الطب النفسي بشكل جذري. ففي بداية عام 1974، قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسي بتعيين فريق عمل للتحضير لنشر الطبعة التالية للـ DSM. والـ DSM III الذي سينتج عن هذه العملية، الذي نُشر عام 1980، سيرفض الافتراضات الديناميكية النفسية المعتمدة في الطبعات السابقة ويُقدِّم إطاراً جديداً للطبعات المستقبلية.

ج. النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي DSM III-5

صدرت الطبعة الأحدث للـ DSM، الـ DSM-5، في عام 2013. لم تشهد هذه الطبعة تعديلاً جوهرياً بخصوص مفهوم الاضطراب الذهني المقدّم في الطبعة الثالثة التي صدرت لأول مرة عام 1980. أما عند مقارنتها بالطبعة الأولى للـ DSM، نجد أنّ الطبعة الخامسة ضمَّت فئات تشخيصية لأكثر من 400 اضطراب مفرد. وقد قدّمها مفهوم الاضطراب الذهني المستخدم في الطبعة الخامسة على أنها اختلالات وظيفية بيولوجية، أو نفسية، أو اجتماعية في الفرد؛ ليُطلَق على نحو غير مفاجئ على هذا النموذج "النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي". ويمثّل الرؤية المجمع عليها حالياً حول الاضطراب الذهني بين الباحثين النفسيين والممارسين السريريين. يختلف علماء النفس حول هل يجب فهم هذا التعريف على نحو متصل أم على نحو منفصل (Ghaemi 2007, 8). ينص النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي على أنّ:

الاضطراب الذهني هو متلازمة تتصف بتعكير ملحوظ سريرياً في إدراك

> الفرد أو تنظيمه الانفعالي أو سلوكه، يعكس اختلالاً وظيفياً في العمليات النفسية، أو البيولوجية، أو التنموية الكامنة وراء الأداء الذهني. عادة ما تقترن الاضطرابات الذهنية بكرْب ملحوظ أو إعاقة في النشاطات الاجتماعية أو المهنية، أو غيرها من النشاطات المهمة. إنّ الاستجابة القابلة للتوقع أو المقبولة ثقافياً للضغوط العامة أو الفقدان، مثل موت شخص عزيز، لا تُعتبر اضطراباً ذهنياً. ولا تكون السلوكيات المنحرفة اجتماعياً (الجنسية أو السياسية أو الدينية) والنزاعات التي تكون بالأساس بين الفرد والمجتمع اضطراباتٍ ذهنية ما لم يكن الانحراف أو النزاع ناتجاً عن اختلال وظيفي في الفرد، على النحو الموصوف أعلاه. (الجمعية الأمريكية للطب النفسي 2013، 20)

يمكننا أن نستخلص من التوصيف أعلاه أربعة معايير تميّز الاضطراب الذهني الحقيقي عن الأنواع الأخرى من القضايا (مشاكل العيش، عيوب الشخصية، وما إلى ذلك). لكي يتم تصنيف التعكير على أنه اضطراب ذهني يجب أن:

1 - يكون تعكيراً ملحوظاً سريرياً في الإدراك، أو تنظيم الانفعال، أو السلوك

2 - يعكس عن وجود اختلال وظيفي في العمليات البيولوجية أو النفسية أو التنموية

3 - عادة ما يُسبِّب كرْباً أو إعاقة

4 - لا يعكس استجابة مقبولة ثقافياً لموقف أو حدث ما

5 - لا ينتج بشكل خالص من مشكلة بين الفرد ومجتمعه.

جميع المعايير، باستثناء معيار "الكرْب"، تُعدّ ضرورية بشكل فردي وكافية معاً لتصنيف أعراض المريض على أنها ناجمة عن اضطراب ذهني. قبل الطباعة السابعة للـ DSM II، كانت المثلية الجنسية مُضمَّنة باعتبارها اضطراباً ذهنياً. وكان القصد من التنقيحات على النص التي جرت بين الـ DSM II ولـ DSM III

توضيح أنّ المثلية الجنسية لا تستوفي معايير الاضطراب الذهني ما دامَ لا يصحبها عُسر مزاج [dysphoria] ملحوظ سريرياً (الجمعية الأمريكية للطب النفسي 1973). على أية حال، إنّ الفرد الذي يشعر بعسر المزاج نتيجة مثليته الجنسية يمكن تشخيصه باختلال وظيفي جنسي غير محدد في الـ DSM-5 (الجمعية الأمريكية للطب النفسي 2013، 450).

لو لاحظنا المعيار الثالث، معيار "الكرْب"، لوجدناه ليس ضرورياً ولا كافياً لتأهيل التفكير الذهني على أنه اضطراب. يمكن رؤية ذلك من خلال دراسة عملية تشخيص اضطرابات الشخصية من النوع "cluster B" (الحدّية، المعادية للمجتمع، التمثيلية، النرجسية). فالأشخاص المصابون باضطرابات cluster B لا يعانون في الغالب من حالاتهم. في الحقيقة، إنّ أولئك المصابين باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، على سبيل المثال، قد لا يعتبرون أنفسهم مضطربين وقد يستحسنون حالتهم حتى. وهذا قاد البعض منهم إلى الاصطفاف مع حركة التنوع العصبي الناشئة. ومع ذلك، يتم فهم أنماط السلوك التي يُظهرها الذين يعانون من اضطرابات الشخصية نوع cluster B على أنها تعكس تعكيرات ملحوظة سريرياً في الإدراك، التنظيم الانفعالي، السلوك. فهم يُشكّلون صنفاً مميزاً من الاضطرابات الذهنية في الـ DSM (الجمعية الأمريكية للطب النفسي 2013، 645- 684). جادلَ بعض الفلاسفة بأنّ اضطرابات الشخصية cluster B لا يجب فهمها على أنها اضطرابات الذهنية، بل بدلاً من ذلك، إنّ أفضل فهم لها هو اعتبارها اضطرابات أخلاقية مستقلة. يجادل لويس تشارلاند لصالح هذا الاستنتاج. حيث يرى لويس أنّ العلاج الوحيد لاضطرابات الشخصية cluster B هو التحسين الأخلاقي المستقل؛ لأنّ هذه الحقيقة حول علاج اضطرابات الشخصية cluster B تميّزها على نحو فريد عن جميع الاضطرابات الذهنية الأخرى في الـ DSM. فهي بنظره تعكس اختلالاً وظيفياً أخلاقياً (Charland 2004a, 67).

منذ نشر الـ DSM III والاضطرابات الذهنية يتم تعريفها على أنها تنتج

بسبب اختلال وظيفي ملحوظ سريرياً في الآلية الذهنية. ولأنّ تعريف الاعتلال الذهني يستدعي مفهوم الاختلال الوظيفي، فهو غالباً ما يتعرّض للانتقادات كما سيتضح تباعاً. على الرغم من أنّ التعريف العام للاضطراب الذهني المستخدم في الـ DSM يستدعي مفهوم الاختلال الوظيفي، إلا أنّ المعايير التشخيصية لاعتلالات ذهنية معينة لا تقوم بذلك. من المفيد تقديم مثال على كيفية تعريف بعض الاضطرابات في الدليل. يُعرَّف فقدان الشهية العصابي، على سبيل المثال، من خلال وجود ثلاثة تجمعات من الأعراض السلوكية (الجمعية الأمريكية للطب النفسي 2013، 338-339):

a. تقييد استهلاك الطاقة نسبةً إلى المتطلبات، مما يؤدي إلى انخفاض وزن الجسم على نحو ملحوظ في سياق العمر، الجنس، مسار النمو، الصحة الجسدية.

b. الخوف الشديد من زيادة الوزن أو من أن يُصبح سميناً، أو سلوكاً متواصلاً يتعارض مع زيادة الوزن، حتى عند انخفاض الوزن بشكل ملحوظ.

c. تعكير في الطريقة التي يتم بها اختبار وزن الجسم أو شكله، أو التأثير غير المسوَّغ لوزن الجسم أو شكله على التقييم الذاتي، أو النقص المستمر في إدراك خطورة انخفاض وزن الجسم الحالي.

الأهم من ذلك، أنّ هذا التوصيف لفقدان الشهية العصابي يُقدِّم الاضطراب كحالة مميزة، قابلة للتحديد موجودة في الشخص وأنّ الاختلال الوظيفي الأساسي يتم انتقاؤه بشكل فريد من خلال وجود الأعراض السلوكية المحددة على أنها a وc؛ أما أعراض "b" فتُعتبر شائعة ولكنها غير ضرورية للتشخيص (الجمعية الأمريكية للطب النفسي 2013، 340). وبالنظر إلى التصور الأساسي للاضطراب الذهني الذي يقدِّمه مؤلفو الـ DSM، فإنّ فقدان الشهية العصابي لا يمكن أن يكون ببساطة نتيجة صراع بين الفرد والمجتمع. كما يجب ألّا ينتج عن محاولة الفرد بشكل دقيق تبني معايير اجتماعية حول الجمال أو المظهر أو النظام الغذائي. بل بدلاً من ذلك يجب أن ينتج من مزيج من

الاختلالات الوظيفية البيولوجية، النفسية، و\أو الاجتماعية، إلا أنّ المعايير التشخيصية لا تُشير إلى ما الذي يقوم عليه هذا الاختلال الوظيفي الأساسي ولا تُقدِّم أي دليل على أنّ الأعراض المقترنة بالاضطراب يتم تسبيبها بواسطة نفس الاختلال الوظيفي الأساسي.

بسبب هذا النوع من الأسباب، جزئياً، تعرّض كل من النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي العام للاضطراب الذهني واستخداماته في توصيف اضطرابات معينة، مثل فقدان الشهية العصابي، إلى انتقادات متكررة من قِبل الفلاسفة.

2 - انتقادات النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي

لقد تعرّض تعريف الاضطراب الذهني القائم على النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي إلى عدة انتقادات. وتراوحت الانتقادات الفلسفية لتعريف الاضطراب من الدعوة إلى مراجعة وتحديد مفهوم الاضطراب إلى التخلّي عن المفهوم تماماً. والكثير من الـ +400 اضطراب التي ظهرت في الـ DSM تم انتقادها أيضاً. في بعض الحالات، كانت هذه الانتقادات داخلية من جهة أنّ الاضطرابات لا يبدو أنها تطابق معايير الاضطراب الذهني المقدّمة في الـ DSM نفسه؛ وفي حالات أخرى، كما في بعض انتقادات الفصام، كان الهدف هو تقويض كل من وجود الاضطراب ومفهوم الاضطراب الذهني الذي يؤدي إلى إدراجه (Bentall 1990).

إنّ الكثير من أعضاء الحركة المناهضة للطب النفسي كانوا مسؤولين عن تهيئة الطريق لانتقاد النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي. وإن كانت جزئياً سياسية، إلا أنّ هذه الحركة شهدت ظهور عدة تصورات بديلة للأداء أو الوظيفة البشرية والاختلال الوظيفي التي كان يتعين عليها تحدّي مفهوم الاضطراب الذهني في الـ DSM. من بين هذه الانتقادات كانت الحجج المؤثرة لتوماس ساس التي مفادها أنّ الاعتلال الذهني هو خرافة، وكذلك ظهور علم النفس الإيجابي كإيديولوجيا سيكولوجية بديلة قابلة للتطبيق.

أ. الاعتلال الذهني باعتباره اختلالاً وظيفياً

انتقد ناصر غايمي المفهوم الحالي للاضطراب الذهني باعتباره يرتكز على تسوية سياسية غير علمية بين زُمر من علماء النفس السريريين والبحثيين لدرء التهديد الذي يلوح في الأفق للنزعة الإقصائية البيولوجية العصبية. يجادل غايمي بأنّ العديد من علماء النفس ينظرون إلى مفهوم الاعتلال الذهني القائم على النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي بشكل منفصل ويركّزون في الغالب على طريقتهم المفضّلة في فهم الاضطراب اعتماداً على افتراضاتهم الخاصة حول الاختلال الوظيفي (Gaemi 2003, 10). على الرغم من أنّ هذا يُضعِف المظهر الحالي للإجماع، إلا أنّ غايمي يجادل بأنّ ذلك محض وهم. حيث يدعو إلى شكل من التكاملية بشأن الاضطراب الذهني التي غدت شائعة في بعض الدوائر (Ghaemi 2003, 291; Kandel 1998, 458). يتطلب التكامل الحقيقي للبيولوجيا وعلم النفس حلّ المشاكل غير المحسومة حالياً حول الوعي وكيف أنّ الوعي يتحقق بواسطة الدماغ. ولأنّ هذا السؤال لا يبدو أنه قابل للحل في المدى القريب، فقد قدّمت تكاملية غايمي مكوّناً نائباً يستبدل النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي بدلاً من البديل الحقيقي للنماذج الحالية*. كذلك انتقد الفلاسفة مفهوم الاضطراب الذهني في الـ DSM بسبب افتقاره لنظرية موحّدة عن الاختلال الوظيفي. يشترط الـ DSM الحالي أن تعكس الاضطرابات الذهنية اختلالاً وظيفياً في الآليات البيولوجية أو النفسية أو الاجتماعية على الرغم من

(*) يرجع المنظور التكاملي الذي اعتمده غايمي إلى رؤية إريك كاندل، عالم أعصاب وطبيب نفسي مشهور حصل على جائزة نوبل عام 2000، التي قدّمها في ورقته "إطار فكري جديد للطب النفسي" عام 1998، وضّحَ غايمي مبادئ كاندل "الخمسة" لـ"الإطار الفكري الجديد للطب النفسي" في كتابه The Concepts of Psychiatry, p. 294، نكتفي هنا بنقل الفرضيتين المتضمنتين للنموذج التكاملي: - الدماغ يعتمد جزئياً على البيئة الاجتماعية؛ - البيئة الاجتماعية تؤثر على الظواهر الذهنية غير الطبيعية عن طريق الدماغ. عند قبول الفرضيتين، يكون الدماغ هو حلقة الوصل بين البيئة الاجتماعية والاعتلال الذهني التي يحدث التكامل عندها. (المترجم)

أنّ النص نفسه يبقى صامتاً بشأن ماذا يعني أن تكون الآلية مختلّة وظيفياً، ولا يقدّم أي دليل على أنّ الأعراض المستخدمة في التشخيص السريري للاضطراب تنجم عن اختلال وظيفي أساسي واحد.

لجأ الفلاسفة إلى ثلاثة معانٍ مختلفة على الأقل للاختلال الوظيفي لصياغة نظرية موحّدة عن الاضطراب الذهني: الاختلال الوظيفي السببي، الاختلال الوظيفي النزوعي [propensity]، الاختلال الوظيفي المعياري. يتم تفسير الوظيفة السببية (والاختلال الوظيفي السببي) وفق المصطلحات التطورية. تكون الآلية فعالة، بالمعنى السببي، إذا كانت قد تطورت لتخدم غرضاً محدداً وإذا كانت، حالياً، تخدم غرضها الذي تطورت لأجله. لكي نكتشف وظيفة الآلية الذهنية، من الضروري اكتشاف وظيفتها المطوَّرة. ويمكن عندئذ تفسير الاختلال الوظيفي نسبةً إلى ذلك الغرض (Wakefield 1999, 374; Boorse 1997, 12). تكون الآلية مختلّة وظيفياً إذا لم تستوفِ غرضها التطوري. فالاكتئاب، على سبيل المثال، قد يمثّل، في بعض الحالات، اختلالاً وظيفياً للآلية التي تطورت لأجل التنظيم العاطفي. على أية حال، لا تزال النظريات النفسية التطورية عن الوظيفة الذهنية في مراحلها المبكرة. علاوة على ذلك، يرغب بعض الفلاسفة في السماح لاحتمالية ألا تكون العديد من آلياتنا الذهنية قد تطورت لتخدم الوظائف التي نُسندها إليها حالياً.

لا تتقيّد الوظيفة النزوعية بالضغوط الانتقائية الماضية بل عوضاً عن ذلك تُعرِّف الوظيفة والاختلال الوظيفي بناءً على النجاح الانتقائي الحالي والمستقبلي. فعدوانية الذكور، على سبيل المثال، قد تكون متكيّفة مع بيئة أسلافنا وبالتالي قد تمثّل حالة عن الوظيفة السليمة وفق النظرية السببية. على أية حال، وفق الرؤية النزوعية، قد لا تكون عدوانية الذكور متكيّفة مع الحياة في المجتمعات الحديثة حتى لو كانت تُعزز اللياقة في بيئات أسلافنا. لذلك، قد تمثّل عدوانية الذكور، وفق التفسير النزوعي للوظيفة والاختلال الوظيفي، آلية مختلّة وظيفياً وبالتالي اضطراباً ذهنياً (Woolfolk 1999, 663). وكما هو الحال مع الرؤية

التطورية، تتمتّع مفاهيم الوظيفة النزوعية للاختلال الوظيفي الذهني بميزة الاحتكام إلى الأدلة الوصفية لأجل تحديد ما إذا كان نمط محدد من السلوك يعزّز اللياقة في سياقه الحالي أم لا (Boorse 1975, 52). على أية حال،يبدو أنّ صياغة نظرية عن الوظيفة والاختلال الوظيفي من خلال اللياقة البدنية الحالية يسمح بأن تُعدّ بعض الحالات اضطراباتٍ ذهنية التي قد نبغض تسميتها اعتلالات ذهنية. هنالك مشكلة واحدة رئيسية عند اللجوء إلى الوظيفة النزوعية تتمثل على ما يبدو في أنها تعيد إحياء اعتلالًا ذهنياً بائداً. فالدرابتومانيا، اعتلال ذهني تم تطبيقه على العبيد الهاربين في القرن التاسع عشر، سيبدو أنه يستوفي تعريف الاختلال الوظيفي النزوعي. يمكن القول إنّ عُسر المزاج [Dysphoria] الناجم عن ظروف العبودية والرغبة القوية في التخلّي عن الحالة الحالية للمرء لا يعزز اللياقة البدنية، بالمعنى التطوري الصارم، وبالتالي، يبدو أنه يلبّي معايير الاختلال الوظيفي النزوعي (Woolfolk 1999, 664).

لم تحظَ التفسيرات المعيارية البحتة للاختلال الوظيفي باهتمام كبير داخل التخصصات الفلسفية أو النفسية. فوفق التفسير المعياري البحت للاختلال الوظيفي، يقال إنّ الشخص معتل ذهنياً بناءً على ما إذا كان السلوك يناسب أو لا يناسب سياق شبكة معيارية أكبر. سواء أن اخترنا مناداة الشخص معتلاً ذهنياً أو "سيئاً" فحسب قد يعتمد ذلك على ما إذا كنّا نعتقد أو لا نعتقد أنّ الفاعلين أمثاله يجب أن يتحمّلوا المسؤولية الأخلاقية وأنّ مفهوم المسؤولية قد لا يمكن اختزاله إلى عناصر غير معيارية (Edwards 2009, 78). في مثل هذه المفاهيم، يستحيل تفادي استدعاء المفاهيم التقييمية عند وصف ماهية الاعتلال الذهني أو لماذا يكون أفضل فهم لمجموعة معينة من السلوكيات هو اعتبارها اعتلالاً (Fulford 2001, 81).

يجادل جورج غراهام لصالح ما يُطلِق عليه الدفاع غير المتواسط [unmediated defense] [أو غير المُشتَق أنطولوجياً] عن واقعية الاعتلال الذهني؛ إنّ دفاع غراهام غير متواسط بمعنى أنه لا يَعتقد أنه يجب إثبات أنّ الاعتلالات

الذهنية هي أنواع طبيعية أو ناتجة عن اضطرابات-دماغية لأجل تأهيلها على أنها أنواع مشروعة مستقلة-عن التصنيف (Graham 2014, 133-134). بدلاً من ذلك، يجادل بأنّ "فكرة الاعتلال أو الاضطراب الذهني ذاتها هي فكرة عن نوع من التدهور أو القصور في العملية العقلانية أو عملية الاستجابة-للأسباب لواحدة أو أكثر من القدرات أو المَلَكات النفسية الأساسية في الأشخاص" (Graham 2014, 135-136; Graham 2013a & 2013b). وفقاً لغراهام، يمكن وصف هذه القدرات أو تحليلها عند مستويات مختلفة من التنفيذ وإن كان إخفاقها الوظيفي يُفهم من خلال الاصطلاح المعياري.

ربما كانت النظرية الأكثر تأثيراً حول الاختلال الوظيفي داخل الكتابات الفلسفية هي تلك التي قدّمها جيروم ويكفيلد. حيث سعى مفهوم ويكفيلد عن الاضطراب الذهني إلى ردم الهوّة بين المفاهيم الموضوعية الخالصة للاضطراب والرؤى المعيارية أو الذاتية. فوفق رؤية ويكفيلد، لا ينشأ الاضطراب الذهني إلا عندما يكون هنالك "اختلال وظيفي ضار". إنّ مفهوم ويكفيلد عن الاختلال الوظيفي هو سببي. فالآلية تكون مختلّة وظيفياً إذا أخفقت في إنجاز الغرض الذي تطورت لأجله. إنّ الوظيفة السببية هي موضوعية بمعنى أنّ الوظائف السببية هي ثقافية-شاملة: أي لا تعتمد على المفاهيم الثقافية للوظيفة أو القيمة، بل عوضاً عن ذلك، هي مجموعة من الحقائق المشتركة عالمياً عن الطبيعة البشرية. ومن ناحية أخرى، يكون معيار "عدم الضرر" حساساً للسياق الثقافي (Wakefield 1992, 381; Wakefield 1999, 380). فكما يفهم ويكفيلد الأمر، يتضرر الشخص من الاضطراب إذا تسبّب الاضطراب "بحرمان الشخص من الانتفاع وفقاً لمعايير ثقافة الشخص" (Wakefield 1992, 384). لكي يتم التشخيص بالاعتلال الذهني، يجب أن يكون صحيحاً أنّ سلوك الفاعل ناتج عن اختلال وظيفي في الآلية الذهنية التطورية، علاوة على ذلك، يجب أن يكون صحيحاً أيضاً أنّ هذا الاختلال الوظيفي، في سياق ثقافة ذلك الفرد، يحرمه من الانتفاع.

جادلَ ويكفيلد، ومن على شاكلته، بأنه من المهم التميز بين الاضطرابات الذهنية والمصادر الأخرى للكرْب (Horwitz 1999). والعامل الحاسم في تحديد العلاج المناسب لعُسر مزاج الشخص، كما يزعم هؤلاء الفلاسفة، هو التحديد الصحيح لسبب كرْبه أو كرْبها. فالاضطرابات الذهنية تنتج عن اختلالات وظيفية ضارة. والمصادر الأخرى للكرْب أفضل فهم لها هو اعتبارها مشاكل معيشية. إنّ الكثير من أنواع التعاسة التي عادة ما تشخَّص على أنها اكتئاب، يكون أفضل فهم لها، وفق هذه الرؤية، ليس أنها ناشئة من الاكتئاب، بل عوضاً عن ذلك، من خلال فحص العوامل الاجتماعية الأكبر التي قد تُسبِّب التعاسة. ولأنّ مفهوم الاضطراب الذهني في الـ DSM غير حساس-للسبب ويحدد الاكتئاب فقط من خلال الأعراض، فإنه يُخفق في التميز بين هذين النوعين من التعاسة. يكمن الخطر، كما يجادل هؤلاء الفلاسفة، في أنّ الاضطرابات الذهنية يتم تفسيرها على أنها مشاكل تقبع داخل الفاعل، وبالتالي، فإنّ المعالجة لا تركّز إلا على، عادة بمساعدة الأدوية، التخفيف من الأعراض. إذا كان للكرْب سبب اجتماعي أساسي، إذا كان عبارة عن مشكلة في العيش، فإنّ معالجة التعاسة يجب أن تكون مختلفة بشكل جذري. فعلى سبيل المثال، تتناسب الأعراض التي وصفتها بيتي فريدان باعتبارها ناتجة عن "المشكلة التي ليس لها اسم" بسهولة نسبياً مع مسمّى الاكتئاب (Friedan 1963, 17). على أية حال، ستقاوم الرؤى الويكفيلدية هذا التشخيص. إنّ السبب الأساسي للكرْب الذي تصفه فريدان هو اجتماعي وأفضل علاج لهذا الشكل من الكرْب هو التغيير الاجتماعي. الحزن الناجم عن الثقافات الأبوية أو الكارهة للنساء لا يمثّل اخفاقاً وظيفياً في الآليات المتطورة في الشخص (قد يمثّل العكس تماماً). وفق نموذج الـ DSM، قد يُخفي العلاج هذه الأعراض الاكتئابية دوائياً فحسب وسيعمل فقط على الحفاظ على المواقف الاجتماعية الظالمة التي تؤدي إلى ظهورها. إنّ أفضل فهم لـ "المشكلة التي ليس لها اسم" هو تحديدها على أنها مشكلة في المعيشة ناشئة من الافتراضات الكارهة للنساء حول الأدوار المتاحة للنساء في الثقافة. إنّ رؤية ويكفيلد هي واقعية بمعنى أنّ مفهومها عن الاختلال الوظيفي الذهني مستقل عن قوانين

التصنيف الخاصة بنا (Graham 2014, 125). لأنّ الوظيفة قائمة على الأسباب، هنالك حقيقة-عن-المسألة مستقلة-ثقافياً فيما يتعلق بوجود أو غياب الاختلال الوظيفي في الشخص.

يسمح معيار الضرر لويكفيلد أن تتوصّل الثقافات المختلفة إلى استنتاجات مختلفة حول الاختلالات الوظيفية التطورية التي ستُعتبر بحق اضطراباً ذهنياً. فوفق رؤية ويكفيلد، قد تمثّل المثلية الجنسية اختلالاً وظيفياً تطورياً حقيقياً (بمعنى أنّ السلوك المثلي الجنسي الحصري يهدّد انتشار الجينات في الأجيال المستقبلية) لكنّ المثلية الجنسية ليست ضارة في السياق الثقافي الغربي المعاصر على نطاق واسع. فمن الخطأ التفكير في المثلية الجنسية على أنها اضطراب. وهذا يترك الباب مفتوحاً لاحتمال أن يسمح معيار الضرر بأن تكون المثلية الجنسية اضطراباً ذهنياً مشروعاً في السياقات الثقافية الأخرى.

لقد هاجمَ بعض النقاد احتكام ويكفيلد إلى الاختلال الوظيفي السببي. وبعيداً عن المشكلة الإبستمولوجية العامة الناتجة من تحديد الوظيفة التطورية للآليات النفسية، هنالك مشكلتان تنشآن عند الاحتكام إلى الاختلال الوظيفي القائم على الأسباب. الأولى، جادل البعض بأنّ الاكتئاب هو استجابة تطورت، وبالتالي، لا يمكن تفسيره على أنه اضطراب ذهني بناءً على رؤية ويكفيلد (Bentall 1992, 96; Woolfolk 1999, 660). الثانية، وجادل البعض الآخر بأنّ العديد من آلياتنا الذهنية قد لا تكون نشأت نتيجة ضغوط الانتخاب التطوري. قد تكون عبارة عن "مثلثات معمارية=spandrels" تطورية بلغة ستيفن غولد. والمثلثات المعمارية لا يمكن أن تكون اختلالاً وظيفياً وفق اصطلاح ويكفيلد لأنها تفتقر إلى السبب التطوري لوجودها. على الرغم من أنّ المثلثات المعمارية يمكن أن تُمنح مزايا تكيّفية، إلا أنها من ناحية الأهمية ليست سماتٍ يتم انتقاءها لعينها. إذا كانت أي آلية من آلياتنا الذهنية مثلثاتٍ معمارية، فإنّ رؤية ويكفيلد لا يمكنها تفسير الاضطرابات الناشئة عن استعمالها (Gould & Lewontin 1979, 581; Woolfolk 1999, 664; Zachar 2014, 120).

لقد تمّ حث الفلاسفة الذين انتقدوا محاولات تحديد مفهوم ذهني واضح للاضطراب، جزئياً بسبب الحجج المذكورة أعلاه، على التحرّك في اتجاهين مختلفين. حيث اقترح البعض أن نستعيض عن مفهوم الاضطراب الذهني بمفهوم عصبي صارم عن الاختلال الوظيفي. وجادلوا بأنّ القيام بذلك سيضع الاضطرابات على أساس أوضح وأكثر علمية.

ب. النزعة الإقصائية البيولوجية العصبية

لقد جلب الانتقال من الـ DSM II إلى الـ DSM III معه تبنّي النموذج البيولوجي الطبي في التشخيص. على عكس النموذج الديناميكي النفسي، الذي اعتبر الأعراض تقدّم القليل من التبصّر بشأن السبب الأساسي للكرْب، أعطى النموذج البيولوجي الطبي الأعراض موضع الصدارة في التشخيص. على مدار معظم القرن العشرين، كان نموذج التشخيص البيولوجي الطبي يفهم الأعراض التي يُنبئ المريض طبيبه عنها على أنها تقدّم تبصّراً عن الاضطراب (أو الاضطرابات) الأساسية التي دفعت المريض إلى استشارة الطبيب في المقام الأول.

اعتمد علم النفس، كنظام علاجي، على هذا النموذج في التشخيص، وبدأ بتصنيف أعراض المريض إلى مجموعات منفصلة، كل منها ناتج عن اضطراب ذهني محدد. ومع ذلك، لاحظَ بعض الفلاسفة أنّ النموذج البيولوجي الطبي نفسه قد تغيّر بسرعة في القرن الحادي والعشرين وأنّ هذا خلقَ معضلة لنماذج التشخيص النفسية السريرية. فقد فقدت إفادات المريض، في نماذج التشخيص البيولوجية الطبية الحالية، موضع صدارتها كمؤشرات رئيسية للتشخيص. إذ لجأ الأطباء السريريون عوضاً عنها إلى نتائج الفحوصات المختبرية لتحديد الاعتلال الحقيقي المسؤول عن معاناة المريض. أحد دوافع هذا التغيير، داخل الممارسة السريرية العامة، هو أنّ الأعراض تقصّر في تحديد التشخيص. على أية حال، اعتبر البعض أن تبنّي هذا النموذج البيولوجي الطبي الجديد للاعتلال الذهني

يمثّل تهديداً إقصائياً للاضطرابات الذهنية (Broome & Bortolotti 2009, 27). نشأت المادية الإقصائية في القرن العشرين من أجل تحدّي وجهات النظر حول العقل التي تُعطي الحالات الذهنية أدواراً سببية\تفسيرية. إنّ الرؤى التي استهدفتها النزعة الإقصائية كانت مرتكزة على الأفكار الشعبية أو أفكار الحس المشترك حول الحالات الذهنية اليومية مثل الاعتقادات والرغبات. اعتبرت هذه الرؤى الحالات الذهنية ككيانات تنتمي إلى التفسير العلمي الصحيح. لقد جادل الإقصائيون بأنّ النظريات النفسية الشعبية للعقل لن تكون أفضل من نظرياتنا البيولوجية أو الفيزيائية وأنّ الحالات الذهنية الشعبية يجب إقصاؤها من التفسيرات العلمية (Churchland 1981). لا تحتاج العلوم العصبية والإدراكية الناضجة إلى الإحالة على الحالات النفسية الشعبية كالاعتقادات والرغبات لأجل تفسير السلوك البشري، علاوة على ذلك، إنّ بنية الدماغ العصبية نفسها لا يبدو أنها تحتوي على حالات منفصلة قابلة للتوطين مثل الاعتقادات والرغبات التي يفترضها علم النفس الشعبي (Ramsey, Stich & Garon 1990). تخبرنا النظريات النفسية الشعبية أنّ أفضل تفسير للسلوك البشري (بما في ذلك الاعتلال الذهني) يجب أن يتم تقديمه من خلال الحالات الذهنية المختلّة وظيفياً (الأوهام، الرغبات القهرية، إلخ). أما النزعة الإقصائية، من الناحية الأخرى، فتقوّض هذه الرؤية من خلال الادّعاء بأنه لا يوجد شيء في الدماغ يطابق أو يتوافق مع هذه الحالات النفسية الشعبية وأننا نكون في وضع أفضل عندما لا نلجأ إليها.

لقد نشأت المادية الإقصائية كتحدّي لتفسير الـ DSM للاضطرابات الذهنية في شكل علم النفس العصبي الإدراكي. "قد تبدأ هذه العملية كعملية اختزال (من الاضطراب المُعرَّف سلوكياً إلى قواعده البيولوجية العصبية)، ولكن في النهاية فإنّ الطب النفسي كما نعرفه، لن يتم منحه أسساً علمية صلبة فحسب باختزاله إلى البيولوجيا العصبية، بل سيختفي تماماً" (Broome & Bortolotti 2009, 27). تماماً مثلما تَحوّلَ التشخيص البيولوجي الطبي من إفادات المريض إلى تقييمات أكثر مباشرة مستخدماً مقاييس بيولوجية-فيسيولوجية، يجادل الإقصائي بأنّ نفس العملية يجب أن تحدث مع الاضطرابات النفسية. يجب أن

يحل الاختلال الوظيفي العصبي محل النقاشات النفسية الشعبية حول الاختلال الوظيفي الذهني. تماماً بنفس الطريقة التي يُفهم بها مرض الزهايمر على أنه اضطراب دماغي عصبي؛ يزعم الإقصائي أنّ علم الأعصاب الإدراكي سيستعيض عن التصنيفات المعاصرة للاضطرابات الذهنية بالاختلال الوظيفي العصبي (Roberson & Mucke 2006, 781). يجادل الفلاسفة الذين يقامون الاختزال الإقصائي للذهني إلى العصبي بأنّ بعض أنواع الاضطرابات الذهنية على الأقل لا يمكن فهمها من دون اللجوء إلى الحالات الذهنية. تشمل المرشّحات المعقولة لهذا النوع من الاضطرابات الأوهام (Broome & Bortolotti 2009, 30)، اضطرابات الشخصية (Charland 2004a, 70) ومختلف الاضطرابات الجنسية (Soble 2004, 56; Goldman 2002, 40). فالاضطرابات الشخصية، خاصة تلك التي تندرج تحت فئة اضطرابات "cluster-B"، يبدو أنها تشترط أن يكون الأفراد قد اكتسبوا شخصيات سيئة لكي تفسِّر بدقة لماذا يكون السلوك الناتج عن الاعتلال مضطرِباً. إذا كانت الأهلية المعيارية تشير بالضرورة إلى آليات تكوين الاعتقاد (امتلاك معرفة عن المفاهيم الأخلاقية، تمييز القوة الفاعلة للأشخاص الآخرين وما إلى ذلك) فإنّ اضطرابات الشخصية نوع cluster-B لا يمكن اختزالها بشكل تام إلى أُسسها البيولوجية العصبية من دون خسارة ملحوظة للمكون المضطرب من الاضطراب (Pickard 2011, 182).

وفي سياق متصل، سعى الفلاسفة إلى مقاومة التفسيرات العلمية العصبية الميكانيكية البحتة لعلم النفس. يجادل جيفري بولاند وباربارا فون إيكارد بأنّ النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي للـ DSM يعتمد على نموذج ميكانيكي للاعتلال الذهني إلا أنّ النماذج الميكانيكية البحتة تفشل في تفسير الجوانب التمثيلية للاعتلال الذهني، وفق عبارتهما: "أي تفسير من هذا القبيل سيمتد إلى ما هو أبعد مما يَفترِض المرء بطبيعة الحال أنها آلية (أو انهيار آلية) الإدراك أو السلوك المعني" (Von Eckardt & Poland 2004, 982). يجادل بيتر زاكار لصالح رؤية يسميها نموذج المجتمع غير التام. يعتمد هذا النموذج على رفض الماهوية القائمة على البراغماتية؛ حيث يجادل زاكار بأنّ الاعتلالات الذهنية موحَّدة

كصنف [class] رُغمَ افتقارها إلى الشروط الضرورية والكافية لتعريفها؛ على أية حال، تحمل الاضطرابات الذهنية تشابهاً عائلياً أو نموذجياً مع بعضها البعض مما يُشير إلى وجود وحدة تقريبية للمفهوم (Zackar 2014, 121-8).

* * *

المترجم: الموضوعات المتبقية من المقال تمّ تناولها على نحو مفصّل ومتقدِّم في هذا الكتاب فلا داعي من الإطالة على القارئ وتكرار الأفكار. ومن جملة الأسباب التي دعتني إلى ترجمة هذا الجزء من المقال وإدراجه في هذا الكتاب هو تناوله للبُعد التاريخي الذي تبلورت من خلاله أهم أفكار الطب النفسي وفلسفته، وكانت محررتا هذا الكتاب قد أحجمتا عن تناول هذا البُعد التاريخي لأنّ هدفهما كان منصبّاً على البُعد المعاصر لفلسفة الطب النفسي. وبالتالي، فإنّ وقوف القارئ على ما أضفناه إلى هذا الكتاب إلى جانب مضمون الكتاب نفسه يمكّنه من الإحاطة بالأفكار التي صاحبت تطور فلسفة الطب النفسي في الماضي والحاضر. وللاطلاع على المقال كاملاً بلغته الأصلية راجع العنوان الآتي:

"Philosophy of Mental Illness", by Erick Ramirez, The Internet Encyclopedia of Philosophy. https://www.ieo.edu/mental-i/#SH2b

* * *

لم أرَ أنّ هنالك داعياً للتعريف بالكتاب من خلال مقدّمة المترجم لأني وجدتُ قسم التمهيد قد وفّى بهذا الشرط على أتم وجه.

بقيَ أن أُنبّه على ضرورة لا بدَّ منها وهي تلك المعنية بالفرق بين المصطلحات الطبية المشهورة: المرَض (disease)، الاعتلال (illness)، السقم (sickness). من الجدير بالذكر أنّ هنالك نقاشات محتدمة حول كيفية تعريف هذه المصطلحات، إلا أنّ أبرز الفروق المتعارف عليها فلسفياً* بينها هي: المرض

(*) هذه الفروق مستفادة من موسوعة Routledge Companion to Philosophy of Medicine, Ch.2.

هو ما كان ذا بُعد موضوعي تكون فيه الظواهر الأساسية مشتملة على الأحداث والكيانات الفسيولوجية، والبيوكيميائية، والوراثية، والذهنية. فالمرض هو ما يمكن ملاحظته وفحصه والتوسّط فيه وقياسه. أما الاعتلال فهو ما كان ذا بُعد ذاتي تكون فيه الظواهر الأساسية مشتملة على الانفعالات والخبرة كالألم والقلق والخوف والمعاناة. رُغم أنه ذاتي إلا أنه من الممكن معرفة اعتلال الشخص من خلال تقاريره الشفهية عن الاستبطان أو من خلال اللغة المشتركة أو من خلال الحالات الدماغية كما يرى البعض. بقيّ السقم وهو ما كان ذا بُعد بينذاتي - أي متشاطر بين الجماعة المجتمعية - تكون الظواهر الأساسية فيه مشتملة على التوقعات والأعراف والسياسات والأدوار والمعايير الاجتماعية. يرتبط السقم بالبُعد القانوني والأخلاقي ويرتبط كذلك بالتميز والوصمة.

أحياناً لا يلتزم الأطباء والفلاسفة بهذه الفروق التعريفية فتجد بعضهم يعتمد اصطلاح الاعتلالات الجسدية بناء على تصوّر معين عنده لمعنى الاعتلال كما هو الحال عند توماس ساس.

أتقدّم بجزيل الشكر إلى الأحباب في دار ابن النديم والروافد الثقافية على ما بذلوه من جهد وتفان في خدمة هذا العمل ليرى النور بأبهى صورة. وأشكر الدكتور عبد الله الشهري على مطالعته هذا العمل وإثرائه بتقديم زاد العمل تشريفاً وجمالاً.

وأخيراً، فإنّي أحمدُ الله العزيز الكريم، وأشكره على نعمه الدائمة عليّ التي لولاها لما تمكّنت من إتمام هذا العمل في فترة وجيزة. وأسأل الله جلّ في عُلاه أن يجعل هذا العمل خالصاً له وحده، ويبارك فيه، وينتفع به أُناس كُثر. هذا وصلى الله على من بُعث رحمة للعالمين، والحمد لله رب العالمين.

د. مصطفى سمير عبد الرحيم
2020/7/11م
20 ذو القعدة 1441هـ
Mustafasamir16@gmail.com

مصادر المقال المترجَم

American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders* Washington, DC.

American Psychiatric Association. (1973). "Homosexuality and Sexual Orientation Disturbance: Proposed Change in DSM-II, 6th Printing, page 44 POSITION STATEMENT (RETIRED)." Arlington VA.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders 5th ed.* Washington, DC.

Bayer,Ronald and Robert L. Spitzer. (1983). "Edited correspondence on the status of homosexuality in DSM-III." *Journal of the History of the Behavioral Sciences* Vol. 18(1): 32-52.

Bayne, Tim and Neil Levy. (2005). "Amputees By Choice: Body Integrity Identity Disorder and the Ethics of Amputation." *Journal of Applied Philosophy* 22(1): 75-86.

Bentall, Richard. (1990). "The Syndromes and Symptoms of Psychosis: Or why you can't play 'twenty questions' with the concept of schizophrenia and hope to win." *Reconstructing Schizophrenia* Routledge: London.

Bentall, Richard. (1992). "A Proposal to Classify Happiness as A Mental Disorder." *Journal of Medical Ethics* 18(2): 94-98.

Bentall, Richard. (2004). "Sideshow? Schizophrenia construed by Szasz and the neoKrapelinians." In J.A. Schaler (Ed.) *Szasz under Fire: The Psychiatric Abolitionist Faces His Critics.* Peru, Illinois: Open Court.

Boorse, C. (1975). "On the distinction between disease and illness." *Philosophy and Public Affairs*, 5: 49-68.

Boorse, C. (1997). "A rebuttal on health." In J.M. Humber and R.F. Almeder (eds.), *What Is Disease*? Totowa N.J.: Humana Press: 1-134.

Boyd, Richard. (1991). "Realism, antifoundationalism, and the entuhusiasm for natural kinds." *Philosophical Studies* 61: 127-148.

Broome, Matthew and Lisa Bortolotti. (2009). "Mental Illness as Mental: In Defense of Psychology Realism." *Humana Mente* 11: 25-44.

Bridy, A. (2004). "Confounding extremities: Surgery at the medico- ethical limits of self-modi?cation." *Journal of Law, Medicine and Ethics* 32(1): 148-158.

Brülde, B., and F. Radovic. (2006). "What is mental about mental disorder?" *Philosophy, Psychiatry*, & Psychology 13(2): 99-116.

Charland, Louis. (2004a). "Character Moral Treatment and Personality Disorders." *Philosophy of Psychiatry*. Oxford University Press: 64-77.

Charland, Louis. (2004b). "A Madness for Identity: Psychiatric Labels, Consumer Autonomy, and the Perils of the Internet." *Philosophy, Psychiatry, and Psychology* 11(4): 335-349.

Church, Jennifer. (2004). "Social Constructionist Models" *The Philosophy of Psychiatry* Oxford University Press: 393-406.

Churchland, P. M., (1981). "Eliminative Materialism and the Propositional Attitudes," *Journal of Philosophy* 78: 67-90.

Edwards, Craig. (2009). "Ethical Decisions in the Classification of Mental Conditions as Mental Illness." *Philosophy, Psychiatry, and Psychology* 16(1): 73-90.

Elliott, Carl. (2004). "Mental Illness and Its Limits" *The Philosophy of Psychiatry Oxford University Press: 426-436*. Freud, Sigmund. (1905/1997). *Dora: An Analysis of a Case of Hysteria*. Simon and Schuster: NY.

Freud, Sigmund. (1915-1917/1977). *Introductory Lectures on Psychoanalysis*. W.W. Norton and Company: NY.

Friedan, Betty. (1963). *The Feminine Mystique*. W.W. Norton and Company: NY.

Fulford, K.W.M..(2001). "What is (mental) disease?: An open letter to Christopher Boorse." *Journal of Medical Ethics* 27(2): 80-85.

Ghaemi, Nassir. (2003). *The Concepts of Psychiatry Johns Hopkins University Press.*

Goldman, Alan. (2002). "Plain Sex." In Alan Soble (ed.), *The Philosophy of Sex: Contemporary Readings*, 4th ed. Lanham, MD: Rowman and Littlefield: 39-55.

Graham, George. (2010). *The Disordered Mind: An Introduction to the Philosophy of Mind and Mental Illness*. Routledge: NY.

Graham, George. (2013a). *The Disordered Mind: An Introduction to the Philosophy of Mind and Mental Illness*. Routledge: NY.

Graham, George. (2013b). "Ordering Disorder: Mental Disorder, Brain Disorder, and Therapeutic Intervention" in K. Fulford (ed) *Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*. Oxford UP.

Graham, George. (2014). "Being a Mental Disorder" in Harold Kincaid & Jacquieline A. Sullivan (eds.) *Classifying Psychopathology: Mental Kinds and Natural Kinds: 123-143.*

Grob, G.N. (1991). "**Origins of DSM-I: a study in appearance and reality**." *American Journal of Psychiatry* 148(4): 421-431.

Hansen, Jennifer. (2004). "Affectivity: Depression and Mania" *Philosophy of Psychiatry* Oxford University Press: 36-53.

Haslam, Nick. (2014). "Natural Kinds in Psychiatry: Conceptually Implausible, Emprically Questionable, and Stigmatizing" in Harold Kincaid & Jacquieline A. Sullivan (eds.) *Classifying Psychopathology: Mental Kinds and Natural Kinds*: 11-28.

Horowitz, Allan V. (2001). *Creating Mental Illness*. University of Chicago Press.

Kandel, Eric. (1998). "A new intellectual framework for psychiatry." *American Journal of Psychiatry* 155: 457-469.

Kraepelin, Emile. (1896a) Psychiatrie (8th edn). Reprinted (1971) in part as Dementia Praecox and Paraphrenia (trans. R. M. Barclay). Huntington, NY: Robert E. Kreiger.

Kraepelin, Emile. (1896b) Psychiatrie (8th edn). Reprinted (1976) in parts as Manic-Depressive Insanity and Paranoia (trans. R. M. Barclay). Huntington, NY: Robert E. Kreiger.

Lilienfeld, S.O. and L. Marino. (1995). "Mental disorder as a Roschian concept: a critique of Wakefield's "harmful dysfunction" analysis." *Journal of Abnormal Psychology* 104 (3):411-20.

Lysiakm M. and Bill Hutchinson. (2013). "Emails show history of illness in Adam Lanza's family, mother had worries about gruesome images." *New York Daily News*. Web. April 2013.

Murphy, Dominic. (2014). "Natural Kinds in Folk Psychology and in Psychiatry." in Harold Kincaid & Jacquieline A. Sullivan (eds.) *Classifying Psychopathology: Mental Kinds and Natural Kinds*: 105-122.

Philips Katharine, et. al. (2010). "Body Dysmorphic Disorder: Some Key Issues for DSMV". *Depression and Anxiety* 27:573-591.

Pickard, Hannah. (2009). "Mental Illness is Indeed A Myth" *Psychiatry as Cognitive N euroscience*: 83-101.Pickard, Hannah. (2011). "What is Personality Disorder?" *Philosophy, Psychiatry, and Psychology* Vol. 18 (3): 181-184.

Pickering, Neil. (2003). "The Likeness Argument and the Reality of Mental Illness" *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*243-254.

Ramachandran, V., and McGeoch, P. (2007)." Can vestibular caloric stimulation be used to treat apotemnophilia?" *Medical Hypotheses* 8: 250-252.

Ramsey, W., Stich, S. and Garon, J., (1990). "Connectionism, Eliminativism and the Future of Folk Psychology," *Philosophical Perspectives* 4: 499-533.

Robertson, Erik D. and Lennart Mucke. (2006). "100 Years and Counting: Prospects for Defeating Alzheimer's Disease." *Science*: Vol. 314 no. 5800 pp. 781-784.

Rosenhaun, David. (1973). "On Being Sane in Insane Places" *Science: 250- 258.*

Sam, David and Virginia Moreira. (2012). "Revisiting the Mutual Embeddedness of Culture and Mental Illness" *Online Readings in Psychology and Culture.*

Soble, Alan. (2004) "Desire Paraphilia and Distress in DSM IV." *Philosophy of Psychiatry* Oxford University Press: NY: 54-63.

Von Eckardt, Barbara and Jeffrey Poland. (2005). "Mechanism and Explanation in Cognitive Neuroscience" *Proceedings of the Philosophy of Science Association* 972: 984.

Wakefield, Jerome. (1992). "The Concept of Mental Disorder: On the Boundary Between Biological Facts and Social Values" *American Psychologist*: 373-388.

Wakefield, Jerome. (1999). "Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder." *Journal of Abnormal Psychology 108:374-399.*

Wakefield, Jerome. (2006). "What Makes A Mental Disorder Mental?" *Philosophy, Psychiatry, &* Psychology12(3): 123-131.

Woolfolk, Robert. (1999). "Malfunction and Mental Illness" *The Monist* 82(4): 658-670.

Zachar, Peter. (2014). *A Metaphysics of Psychopathology,MIT Press: Cambridge Massachusetts.*

القسم الأول

تمهيد

الفصل الأول

نبذة عن فلسفة الطب النفسي

شريفة تكين وَ روبين بلوم

مقدّمة

أنتَ تأخذ حصة الفلسفة في الفصل الدراسي الثاني من السنة الثانية في الكلية. حيث يتطلب المضمار قراءةً مكثّفة لنصوص تاريخية صعبة إلى حدٍ ما، يقوم الأستاذ على أساسها بإلقاء محاضرات ومناقشات حية في الحصة. تشتكي إليك زميلتك أبريل من أنها لا تفهم شيئاً في تلك الحصة. فتنصحها بالتأكّد من قيامها بالقراءات بشكلٍ متأنٍ، من خلال الاهتمام بالتفاصيل، والتركيز على المناقشة التي تجري أثناء الحصة، إنّ الأمر كما تُلاحِظ هو أنها مشتتة إلى حدٍ ما. حيث تستمر في تفحّص هاتفها كل بضعة دقائق، ولا تُصغي إلى الأُستاذ أثناء المحاضرات. ولا تُشارك أبداً في النقاش أثناء الحصة. يمكنك معرفة أنّ الأستاذ والطلاب الآخرين في الحصة يمتعضون من وصولها المتأخر إلى الحصة والإخلال بها. لا أحد يرغب في أداء الواجب المنزلي الجماعي معها خصوصاً بعد أن أضاعت إحدى ملاحظات محاضرة زميلك في الفصل. لقد كان مفاجئاً بالنسبة لك أن ترى أبريل على هذا النحو لأنها أخذت فصلين دراسيين معك أثناء عامها الدراسي الأول وكان أداؤها جيداً حينها.

في الشهرين اللاحقين تغادر أبريل الحصة تماماً في الوقت الذي أنتَ على وشك القيام بالاختبار. فتتساءل أنت عن سبب مغادرتها. وتسألها في الحصة التالية عمّا حدث، فتُخبِرك بأنها ستُجري اختباراتها وحدها في غرفة هادئة في المكتبة. وبعدَ أنّ تطلب منك أن تعِدها بعدم مشاركة ذلك مع أي أحد، تُبيّن لك

السبب. حيث أخذاها والداها إلى طبيب نفسي بناءً على نصيحة بعض أساتذتها الذين لاحظوا التغيرات في أدائها وشخّصها الطبيب النفسي بهذا الاعتلال المسمى باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (ADHD). حيث اتضح أنّ هذا هو السبب في أنها كانت مشتتة وغير منتبِهة في الحصة. لا ترغب أبريل أن يعرف أصدقاؤها الآخرون بذلك لأنها قلقة من أنهم سيسخرون منها.

إنّك في حيرة إلى حدٍ ما: لأنّ أخاكَ الصغير أيضاً مصاب بـ ADHD، لكنّ سلوكه لا يشبه على الإطلاق سلوك أبريل. فأخاك نشط للغاية، يركض في أماكن وأوقات غير مناسبة، ويتكلم كثيراً، حتى عندما لا يكون دوره في الكلام. وكان مفسداً للنظام للغاية في الحِصص، مظهراً سلوكاً غريباً، إلى درجة أنّ معلّمته بالمدرسة الابتدائية اتصلت بوالديك وطلبت منهما أخذ أخاك إلى طبيب نفسي. إنّك مندهش من أنّ كل من أخيك وأبريل يحوزان نفس التشخيص ويتصرفان بشكل مختلف تماماً: فأبريل هادئة، مشتّتة، غير منتبِهة، في حين أنّ أخاك صخّاب، متململ، انفعالي، نشط. إنّك في حيرة أيضاً عندما تشهد التغيّر في مشاعرك تجاه أبريل: ففي البداية اعتقدتَ أنها كانت طالبة سيئة لا تحترم زملاءها أو الأستاذ وتشوّش على الحصة، لكنك الآن تشعر بالسوء حيال التفكير بهذه الطريقة لأنّ الاعتلال كان هو السبب في جعلها تتصرف على هذا النحو.

تبدأ أيضاً في التساؤل عن عدد الأشخاص الذين يبدو أنهم غير منضبطين [مخلّين بالنظام]، أي الذين ليسوا جيدين جداً فيما يقومون به، وهُم في الحقيقة يعانون من اضطراب ذهني. ثمَّ تبدأ في طرح أسئلة على نفسك كيف نميّز الطالب غير المتحمّس، أو الطالب البائس فحسب، عن الطالب الذي يعاني من الاضطراب الذهني. وإذا كان نفس الاعتلال يمكن التعبير عنه في سلوك مختلف تماماً، فكيف يمكن للأطباء اكتشافه؟ هل أبريل مسؤولة عن سلوكها في الحصة، أم أنّ اعتلالها هو من سبَّبَ مشاكلها؟ ما الذي يمكن القيام به لمساعدة الطَلَبة أمثال أبريل حتى لا يخجلوا من اعتلالهم الذهني؟ كيف تمنع الآخرين من السخرية من الأشخاص المصابين بالاضطرابات الذهنية؟ قد لا تعي ذلك، لكنّك عندما تبدأ بطرح هذه الأسئلة، فأنتَ تمارس فلسفة الطب النفسي.

إنّ فلسفة الطب النفسي هي فرع من الفلسفة يمكنه أن يساعدك في إجابة، أو على الأقل فِهم، بعض هذه الأسئلة المتعلقة بخبرة الاضطراب الذهني وأبحاثه العلمية وعلاجه السريري، وكذلك العديد من الأسئلة السياسية والاجتماعية التي يثيرها. ولفهم كيفَ يمكن أن ترشدك فلسفة الطب النفسي عبر هذه الأسئلة، سنعرِّج أولاً عن ماهية الفلسفة ومن ثمّ نبيّن كيفَ ترتبط المشاكل الأساسية للطب النفسي بالفروع الرئيسية للفلسفة.

ما هي الفلسفة؟

الفلسفة، وفقاً لاصطلاحها اليوناني، تعني "حُب الحكمة". لكن وراء ذلك يصبح من الصعب تعريفها. حيث يُعزى ذلك جزئياً إلى أنّ هناك عدداً من المقاربات المختلفة، والمتضاربة أحياناً حول "الحُب"، "الحكمة"، وبالتالي "الفلسفة". تتمثل إحدى مقاربات تعريف الفلسفة في النظر إلى أساليبها وأهدافها، كما يفعل الفيلسوف برتراند راسل. حيث يقترح راسل أنّ الفلسفة تنتج من الفحص الناقد لأسباب قناعاتنا، وتحيزاتنا، واعتقاداتنا. فهي، بالنسبة لراسل (1912)، توحّد وتنظّم هيكل العلوم. وهكذا، فإنّ الفلسفة تستعمل التفكير المنهجي والناقد للبحث عن الحقيقة الخالية من التحيزات، والمفاهيم الخاطئة، والأكاذيب، موسّعة بذلك إطارنا المفاهيمي لتطوير فهم حقيقي للعالم.

ومن الطرق الأخرى لفهم ما هي الفلسفة هي التفكير في فروعها المختلفة، التي يهدف كل منها إلى الإجابة على أنواع مختلفة من الأسئلة. فيما يلي، سنعتمد هذه المقاربة، التي تُتيح لنا أيضاً إظهار مدى ارتباط فروع الفلسفة المختلفة بالأسئلة الفلسفية المتعلقة بالطب النفسي. حيث سنعرّج، على وجه التحديد، على فلسفة العقل، وفلسفة العلم، والأخلاق والفلسفة السياسية والاجتماعية.

فلسفة العقل والطب النفسي

هنالك صلة وثيقة بين الفلسفة والطب النفسي. فكما ناقشت بشكل مفصّل مُنى غوبتا في الفصل الثاني، إنّ الطب النفسي هو فرع من الطب يهدف إلى فهم أسباب الاضطرابات الذهنية، وإلى تطوير تقنيات تدّخل علمية لمساعدة أولئك الذين يعانون من تلك الاضطرابات. أحد الفروع الأساسية للفلسفة هو فرع فلسفة العقل، ويهتم بالارتباطات بين العقل والجسد من خلال إجابة الأسئلة ذات الطابع الآتي: كيف يرتبط العقل بالجسد؟ بمعنى، كيف ترتبط حالاتنا الذهنية، مثل الاعتقادات والرغبات، والحالات النفسية مثل الغضب، بحالاتنا الفيزيائية، مثل العمليات الفيسيولوجية للدماغ أو الآليات الهرمونية؟ ترتبط إجابة هذا السؤال بشكل وثيق بمشاكل الطب النفسي؛ أي، إذا ما فهمنا كيفية ارتباط الحالات الذهنية بالحالات الفيزيائية، فيمكننا أن نفهم أيضاً ما يجري في جسدنا عندما يعاني الشخص، مثلاً، من حالات ذهنية كالمزاج المكتئب. فعلى سبيل المثال، إذا فهمتَ الحالات الذهنية المرتبطة بالحالات الفيزيائية، ستكون قادراً على تفسير كيف أنّ الـ ADHD الخاص بأخيك أو زميلتك أبريل يُسبِّب سلوكيات مختلفة في كل منهما. أو، يمكنك أن تكون قادراً على فهم كيف تنظِّم الأدوية سلوكهما.

تشتمل الأسئلة الإضافية في أدبيات فلسفة العقل ذات الصلة بالطب النفسي على ما هي الذات، بمعنى، ما الذي يجعل المرء الشخص الذي هو عليه. على سبيل المثال، لقد سمعتَ عمّتك وهي تقول أنّ أخاك أصبحَ شخصاً مختلفاً منذ أن بدأ بتناول دواء علاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه الذي يعاني منه. فتفهم ما تعنيه، لكنّك دائماً ما تعتقد أنه يبدو من الغريب قول ذلك. إذ من الواضح، أنه لا يزال هو نفسه، لكن ما الذي يجعله ذلك الشخص؟ هل سيبقى نفس الشخص لو لم يكن مُصاباً بـ ADHD، أم هل يُعدّ ADHD الخاص به جزءاً مما يجعله هو نفسه؟ إذا كان ADHD جزءاً مما تكون عليه أبريل، فهل أصبحتْ "ذاتاً" مختلفةً في سنتك الدراسية الثانية عن تلك التي كانت عليها في السنة الأولى؟

ولإجراء تحقيق دقيق بشأن الاضطرابات الذهنية، فإننا لا نحتاج فقط إلى المعلومات المقدّمة من منظور الشخص الثالث عن الاضطرابات الذهنية خلال البحث العلمي، بل نحتاج أيضاً إلى فهم [منظور] الشخص الأول الذي يواجه الاضطرابات الذهنية. وأفضل مصدر لذلك هو أوصاف واستنطاقات المرضى حول خبراتهم عن الاضطرابات الذهنية. يُمكن أيضاً عَدّ الفينومينولوجيا، باعتبارها دراسة فلسفية عن الخبرة الإنسانية، فرعاً أو مقاربة لفلسفة العقل. فهي توفّر مصدراً لفلاسفة الطب النفسي للتفكّر في [سمة] "ماذا يماثل أو كيف يبدو = what it is like" الخاصة بالاضطرابات الذهنية. حيث يُحقِق الفينومينولوجيون في السمات الأساسية لوعي الأشخاص، بما في ذلك الذاتية، البينذاتية، العاطفية، الزمانية. فيستكشفون كيف يكون العالَم المُعاش والمتصف بالمغزى منفتحاً بالنسبة لنا، وكيف نفهمه. في هذا الصدد، قد تكون أفضل الطرق بالنسبة لك لفهم ماذا يُماثل [أو كيف يبدو] العيش مع ADHD هي بالتحدّث مع زميلتك أبريل وشقيقك عن تجاربهما مع الحالة، وكيف يُدركان اعتلالهما، وكذلك كيف يؤثر تشخيص الاعتلال على حياتهما.

فلسفة العلم والطب النفسي

تطرح فلسفة العلم أسئلةً عن طبيعة الأشياء مثل التفسيرات والنظريات العلمية، وكذلك حول طبيعة العلم نفسه. كما اهتمَ فلاسفة العلم أيضاً، على نحوٍ متزايد، بالطريقة المثلى لاستعمال نتائج التحقيق العلمي لإحداث تغيير في العالم. يرتبط الطب النفسي، والطب على نطاق أوسع، بالعلم، لأنّ المعرفة العلمية تُعدّ ضرورية للطب. ومن الواضح أنّ أبحاث الطب النفسي، على سبيل المثال في علوم الأعصاب وعلم النفس، تُعدّ مجالاً للعلم.

من الشائع الاعتقاد بأنّ الهدف الرئيسي للعلم هو تطوير صورة دقيقة عن البنية السببية للعالم. فإذا ما ساعدَنا العلم على فهم العلاقات السببية بين الظواهر، حينئذ يمكننا أن نستخدم هذه المعرفة للتصرّف بفعالية. فعلى سبيل

المثال، إذا تنبأنا بسرعة إعصار إيرما وكذلك المواقع التي يُتوقَّع أن يؤثر عليها، فيمكننا اتخاذ الاحتياطات اللازمة لمنع الضرر الذي يلحق بأرواح البشر. حيث يمكننا، على سبيل المثال، تشجيع الأفراد الذين يسكنون في المناطق الأكثر خطورة على إخلاء منازلهم. إنّ الطب النفسي، باعتباره علماً صحيّاً، يمتلك نفس الأهداف؛ فهو يهدف إلى تقديم فهم لأسباب وآليات الاضطرابات الذهنية لتسهيل التدخّلات السريرية والوقائية الفعالة. تتمثل إحدى الطرق التي تعمل من أجل تحقيق هذه الأهداف في تحديد السمات الممكنة التعميم للاضطرابات النفسية. على سبيل المثال، إذا تعلمنا، عبر الأبحاث العلمية، ما هي سمات الاكتئاب (مثلاً، التغييرات الملحوظة في عادات نوم الأفراد، أو وزنهم، أو الفقدان الملحوظ للاهتمام بالأنشطة التي سبق الاستمتاع بها)، فسنكون أكثر توفيقاً في تعريف الشخص المكتئب وبالتالي مساعدته في تلقّي العلاج. وهكذا، فإنّ الطريقة التي نصنّف بها الاضطرابات الذهنية، مثل هل يجب أن يُشخّص بأهلية الشخص الذي يعاني من ضيق نفسي بـ ADHD، هي أمر بالغ الأهمية بالنسبة للأطباء النفسيين لأجل تطوير الاستراتيجيات الصحيحة للتدخّل. فعلى سبيل المثال، بالعودة إلى التجربة الفكرية المذكورة سابقاً، يحدد الأطباء النفسيون نوعين مختلفين من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه بشأن ما يُعدّ السبب في حيازة أبريل وأخيك نفس التشخيص لكن مع إظهار سلوكيات مختلفة. حيث يُطلقون على النوع الذي تعاني منه أبريل النوع اللاانتباهي [inattentive type]، في حين يُطلقون على النوع الذي يعاني منه أخوك النوع الاندفاعي المفرط النشاط [hyperactive impulsive].

لكن بالنظر إلى مناقشتنا فلسفة العقل، من الطبيعي أن نتساءل عن مدى ارتباط مثل هذه الأنواع المختلفة من السلوك بالنشاط في الدماغ. إذا كانت الاضطرابات الذهنية ناتجة عن تغيرات في النشاط الدماغي، فهل يعني هذا أنّ كل من أبريل وأخيك يمتلكان نفس التغييرات الدماغية الأساسية؟ إنّ الهدف الرئيسي لأبحاث الطب النفسي هو الإجابة على هذا السؤال- وهنالك الكثير من الجدل بين كل من الأطباء النفسيين وفلاسفة الطب النفسي حول ما إذا كانت

الفئات التشخيصية الحالية المستعملة في الطب النفسي (كما هو موضّح، على سبيل المثال، في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية (DSM)، المطوّر من قِبل الجمعية الأمريكية للطب النفسي، الذي يقدّم المعايير القياسية لتصنيف الاضطراب الذهني والمستعمل بشكل واسع في أمريكا الشمالية وحول العالم، والتصنيف الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة (ICD)، المطوّر من قِبل منظّمة الصحة العالمية، الذي يُعدّ "أداة التشخيص القياسية الدولية لعلم الأوبئة، والإدارة الصحية، والأغراض السريرية") تعكس بالفعل العملية الفيزيائية المحددة. يُعدّ الطب النفسي فريداً من نوعه في الطب من جهة أنّ التشخيصات تستند إلى المعايير السلوكية والنفسية، بدلاً من الفحص الفيزيائي وأنواع الاختبارات المعملية المستعملة في التخصصات الطبية الأخرى. هنالك أيضاً الكثير من النقاش حول ما إذا كان هذا الأمر يُعدّ شيئاً وجيهاً. يجادل بعض الناس بأنّ فهم بيولوجيا الاضطرابات الذهنية هو أفضل طريقة بالنسبة لنا لتطوير معالَجات أكثر فعالية - وهذا قد يتطلّب منّا أن نتخلّص من الفئات التشخيصية الحالية ونستعيض عنها بفئات أكثر دقة. ويجادل آخرون بأنّ التركيز على البيولوجيا سيؤدي إلى إغفال الطبيعة النفسية والاجتماعية الأساسية للاضطرابات الذهنية. إنّ سؤال كيف ينبغي لنا تصنيف وتفسير ADHD ومشاكل الصحّة الذهنية الأخرى هو سؤال مفتوح للغاية.

ومن الأهداف العلمية الأخرى في الطب النفسي هو تصوير الأسباب الكامنة وراء الاضطرابات الذهنية. على سبيل المثال، إذا عرفنا ما هي الأسباب الكامنة وراء ADHD، فيمكننا أن نطوّر استراتيجيات أفضل لمعالجته بحيث لا يعاني الناس أمثال أخيك أو زميلتك أبريل منه. تكمن قوة الأبحاث العلمية في الطب النفسي في أننا يمكننا أن نطوّر تعميمات من شأنها أن توجِّه الأطباء ليس فقط لمساعدة فرد أو فردين مصابينِ بالاضطرابات الذهنية، بل لتطوير فهم منهجي، وبالتالي تدخّلات تتعلق بجميع الأفراد المصابين بالاعتلال الذهني. إذا ما قمنا بتصنيف الظواهر المتشابهة تحت نفس الفئة، فإنّ ما نعرفه عن فردٍ ما ضمن تلك الفئة قد يكون صالحاً أيضاً لفرد آخر في نفس الفئة.

تُعدّ الأسئلة حول طبيعة التصنيف العلمي والتفسير العلمي مركزيةً في فلسفة العلم وهذا بدوره له تأثيرات على علم الطب النفسي. فعلى سبيل المثال، يتباحث فلاسفة العلم بشأن ما إذا كان هناك مستوى تفسير أساسي واحد تُختزَل جميع التفسيرات الأخرى إليه. يقبل الاختزاليون بهذه الدعوى في حين يحافظ التعدديون على أنّ التفسيرات يجب أن تتضمّن تخصصات متعددة وتُغطّي مستويات متعددة. وعلى نحوٍ ذي صلة، هنالك نقاش أساسي في فلسفة الطب النفسي حول ما إذا كان يمكن تمييز الاضطرابات الذهنية وتفسيرها على أنها اضطرابات في الدماغ، يمكن تحديدها مع نضوج علوم الأعصاب (نزعة اختزالية)، أو ما إذا كان يمكن أو يجب تفسير الاضطرابات الذهنية عند مستويات مختلفة، ليس فقط عند المستوى الخلوي، بل عند المستويات الثقافية، والمجتمعية، والفردية (نزعة تعددية)، مما يتطلّب تنسيقاً وتعاوناً مع علوم متعددة. قد يجادل الاختزاليون، على سبيل المثال، بأنّ ADHD الخاص بأبريل وأخيك سيتم تفسيره في نهاية المطاف على أنه شذوذ في آليات دماغهما، في حين سيجادل التعدديون بأننا بحاجة إلى مقاربات علمية متعددة لفهم ADHD ولا يقتصر الأمر على علم الأعصاب فقط.

الأخلاق والطب النفسي

يناقش فلاسفة الطب النفسي أيضاً القضايا الأخلاقية المرتبطة بكيفية إدراك وعلاج الناس الذين تمّ تشخيصهم بالاضطراب الذهني. فعلى سبيل المثال، تلقّت أبريل وسائل راحة لكي تؤدي امتحاناتها بعد أن تمّ تشخصيها باضطراب فرط الحركة ونقصان الانتباه. ربما تكون أنت أو بعض زملائك في الفصل قد فكرتم في البداية أنه من غير المنصف أن تحظى بهذا النوع من الدعم الخاص لكي تحقق نتائج جيدة في امتحانها، لكنّك قد تتفهم الآن، من الناحية الأخلاقية، أنّ السمات الخاصة باعتلالها (مثلاً، كون انتباهها سهل التشتيت) تسوّغ لها تلقّي هذا الدعم لتكون قادرة على تأدية امتحاناتها في غرفة هادئة

لوحدها. تذكّر، كذلك، كيف قد تغيّر موقفك نحوَ أبريل بمجرد سماعك أنها مصابة باضطراب فرط الحركة ونقصان الانتباه؛ فبدلاً من الشعور بالإحباط بسبب عدم انتباهها في الحصة، بدأتَ تشعر بالتعاطف معها. إلا أنّ العديد من الأشخاص الذين تمّ تشخيصهم بالاضطراب الذهني يعانون من وصمة عار: أي ينظر الناس إليهم بطريقة أكثر سوءاً ويعاملونهم بمزيد من الخشونة بسبب تشخيصهم.

ومن الموضوعات المهمة الأخرى في الطب النفسي هي قدرة أولئك المصابين باضطرابات ذهنية خطيرة على اتخاذ قرارات عقلانية ومقدرتهم على التصرّف كفاعلين عقلانيين مستقلين، والمشاكل التي تقع في صُلب الأخلاق. إذا كان شخصٌ ما يعاني من اضطراب ذهني ويفتقر إلى القدرة العقلانية والمقدرة على التصرّف بشكل مستقل، فمن غير الواضح ما إذا كان يتحمّل المسؤولية الكاملة عن تصرفاته في فضاءات الأخلاق والقانون. إنّ تحديد فاعلية واستقلالية الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات الذهنية له آثار عميقة على معالجتهم السريرية. حيث تتجاوز بعض الأسئلة الرئيسية طبيعة الموافقة المستنيرة في الطب النفسي، وأخلاقيات المعالجة القسرية، والدفاع عن الجنون أمام القانون.

الفلسفة الاجتماعية والسياسية والطب النفسي

هنالك العديد من الأسئلة حول الطب النفسي وحول الاضطرابات الذهنية ترتبط بشكل عام بقضايا في الفلسفة الاجتماعية والسياسية. تهدف الفلسفة الاجتماعية والسياسية إلى فهم كيفية تأثير الأنظمة الاجتماعية والسياسية على الأفراد. حيث تشمل الأسئلة الرئيسية في فلسفة الطب النفسي المتعلقة بموضوعات الفلسفة الاجتماعية والسياسية تأثير الأنظمة الاجتماعية، السياسية، الطبية على ظهور الاضطرابات الذهنية وعلاجها؛ الصلات بين الاضطهاد والصحة العقلية؛ العلاقات بين التحيّز الجنسي، العنصرية، الأشكال الأخرى للتعصّب وكيف يتم دعمها من قبل البِنى والأنظمة المؤسسية المذكورة سابقاً.

فنحن جميعاً نتشكل بعمق من خلال ثقافتنا، وعليه فإنّ فِهم التكوين الاجتماعي والثقافي للمجتمع يُعدّ مُهماً في فهم خبرات الأفراد المصابين بالاضطرابات الذهنية والمواقف نحوها. على سبيل المثال، قد يكون من المثير للاهتمام استكشاف ما إذا كانت الاستجابة المجتمعية لأبريل وأخيك ستكون مختلفة بناءً على جنسهما.

النوع الثاني من الأسئلة الاجتماعية والسياسية المتعلقة بفلسفة الطب النفسي هو كيف يجب أن نفهم السلوكيات والخبرات التي صنّفناها على أنها اضطرابات ذهنية. إنّ فكرة أنّ الطب النفسي هو فرع من فروع الطب، وبالتالي، من الأفضل تناوله من منظور علمي، أصبحت مهيمنة في الممارسة السريرية والتعليم الطبي، وكذلك في الأبحاث وتمويلها. على أية حال، لا تزال هناك مخاوف مهمة قائمة حول حدود هذا المنظور. سنصف هنا نوعين من التحديات المرتبطة بالنموذج الطبي في الطب النفسي التي يمكن أن تقع تحت الفلسفة الاجتماعية والسياسية.

خلال ستينات القرن الماضي، أصبحت الحركة "المناهضة للطب النفسي" المثيرة للجدل بارزة. في ذلك الوقت، بدأ عدد من الناس، من بينهم أطباء نفسيون ممارسون، بالمجادلة بأنّ الخبرات والمشاكل التي نقرنها مع هذه الحالات مثل الاكتئاب والفصام ليست في الحقيقة علامات على الاعتلال. بل بالأحرى هي ردود فعل على المشاكل الشخصية و\أو الظروف التي لا تُطاق. جادلَ توماس ساس، المعروف بوصفه الاعتلالات الذهنية على أنها خرافة، أنه يجب علينا بدلاً من ذلك أن نفهم خبرات الناس وسلوكياتهم على أنها ردود فعل على "مشاكل الحياة" (Szasz, 1961). حيث اعتقد أنه إذا كان هناك مرض فإنه ينطوي على خلل وظيفي في العمليات الفيسيولوجية، وبالتالي فإنّ السلوكيات لا يمكن أن تكون مرضاً. إضافة إلى ذلك، نظراً لأنّ الحالات التي "يعالجها" ليست أمراضاً، فإنّ الطب النفسي يجب ألا يقدّم المعالجات الطبية (مثل، الدوائية أو الجراحية). يُعدّ هذا مهماً بشكل خاص في الحالات التي

يواجه فيها الفرد احتمال معاملته ضد إرادته (لأنه قد تم اعتباره غير مؤهل لرفض العلاج) أو لم يتمكن من اعطاء موافقة صالحة للتدخّل المقترح (مثل، لأنه كان طفلاً). يعتقد ساس أيضاً أنه حتى في حالة البالغين المؤهلين الذين يبحثون طوعاً عن العلاج، كان الطب النفسي في المقام الأول وسيلة للسيطرة على سلوك الناس، مما جعل سلطة الطب تؤثر على الأحكام المجتمعية حول كيفية اختيار الناس العيش.

كان هناك طبيب بارز آخر معارض للطب النفسي (رُغم أنه رفض هذه التسمية بالفعل) هو رونالد ديفيد لاينغ (Laing 1985). أكّد لاينغ أنّ السلوكيات الشاذة للناس الذين هم في حالة الذهان هي في الحقيقة محاولات للتواصل مع الآخرين. كان هذا يتعارض مع الرؤية السائدة، التي تدّعي أنّ السمة المركزية للسلوك الذهاني، بما في ذلك الكلام، هي أنه كان لا معنى له. كانت وجهة نظر لاينغ أننا يجب علينا ألا ننظر إلى البيولوجيا بل إلى المجتمع (خاصة العائلة) لفهم أسباب الاعتلال الذهني.

ربما بسبب تزايد هيمنة النموذج الطبي للطب النفسي، ولا سيما الرأي القائل إنّ الاضطرابات الذهنية هي نتاج تغيرات في وظائف الدماغ، لم تحظَ الحركة المناهضة للطب النفسي بنفس الاهتمام العام والتأثير الذي كانت عليه من قبل. وهناك تفسير محتمل آخر، وهو تفسير يتوافق مع وجهات النظر المناهضة للطب النفسي على نطاق واسع، هو أنّ تركيز الحركة المناهضة للطب النفسي على مقاومة بِنى المجتمع كان جزئياً نتاجاً لعصرها، عاكساً حركة الثقافة-المعارضِة في الستينات والسبعينات، وجزئياً بدايةً للمقاومة المستمرة للنهج الاستطبابي الوحيد للاضطرابات الذهنية مع الاقتناع بأنّ الأنظمة الثقافية والمجتمعية لها تأثير عميق على طريقة اختبار الناس واستجابتهم لاضطرابات العقل.

من المرجّح أن تأتي المقاومة المعاصرة للطب النفسي والتشخيصات الطبية النفسية من الأفراد الذين تمّ تشخيصهم بالاعتلال الذهني، ولديهم خبرة في نظام

الرعاية الصحية نتيجةً لتشخيصهم، أكثر من الأطباء السريريين. إنّ الناس الذين ينتقدون الطب النفسي من هذا المنظور قد يعتمدون على عدّة مقاربات: يقبل البعض بشكل عام الطب النفسي لكنهم يريدون ضمان أنّ تكون وجهات نظر مستخدمي-الخدمة مركزيةً في سياسة وممارسة الرعاية الصحية، وفي الأبحاث. والبعض الآخر ينتقد بشدة الممارسات الحالية وقد يُطلقون على أنفسهم "الناجين" من النظام الطبي النفسي والطبي. وعلى غرار الحركة المناهضة للطب النفسي، وبمشاركة بعض دوافعها وأفكارها، كانت حركة الناجين من النظام الطبي النفسي نشطةً أيضاً على نحوٍ خاص في السبعينات، وحتى في الثمانينات. (كما أنها تعكس أيضاً رفضاً أوسعاً للأبوية الطبية وتركيزاً متزايداً على حقوق المرضى).

في الآونة الأخيرة، تحدّى عدد من الناشطين الدعوى المتمثلة في أنّ التشخيصات الطبية النفسية هي في الحقيقة أمراض أو اضطرابات من أي نوع. تعكس هذه الدعوى، إلى درجة ما، رؤية ساس، لكن في حين أنّ ساس رفَضَ فكرة أنّ التشخيصات الطبية النفسية يجب أن تُفهَم من خلال البيولوجيا، إلا أنّ حركة التنوّع العصبي الحالية تتبنّى فكرة أنّ المجموعات التي اختارتها التسميات التشخيصية لا يمكن تحديدها فقط من خلال خبراتهم وسماتهم، بل كذلك من خلال العمل العصبي المشترك الذي يحيد عن وظيفة الدماغ النموذجية. تقول حركة التنوّع العصبي إننا يجب أن نكُفّ عن عملية مَرْضنة هذه الاختلافات، بل وربما نحتفل بها. على سبيل المثال، سيعارض بشدة مؤيدو حركة التنوّع العصبي أن يتم تشخيص أخيك أو أبريل باضطراب فرط الحركة ونقصان الانتباه بسبب سلوكهم وسيقترحون بدلاً من ذلك أنهما متفاوتان في مستوى الانتباه وأننا يجب أن نتبنّى اختلافهما بدلاً من وصفهما بأنهما يعانيان من اعتلال ما. ومن الناحية الأخرى، ستشجّع حركات مثل حركة **الاعتزاز بالجنون** [Mad Pride] أبريل وأخاك على تقبّل اعتلالهم بكل فخر وعدم الخجل منه.

يمكن فهم كل من النموذج الطبي، والحركة المناهضة للطب النفسي،

وحركة الناجين، وحركة الاعتزاز بالجنون، ودعاة التنوّع العصبي على أنهم يمتلكون وجهات نظر فلسفية مختلفة حول طبيعة الاضطرابات الذهنية وكيفية التفكير في الأشخاص الذين تم تشخيصهم بأحد هذه الاضطرابات. فَهُم يختلفون فيما يتعلق بآرائهم حول ميتافيزيقيا الطب النفسي- حول طبيعة الاضطرابات الذهنية (أو، المصطلح الذي يفضّله البعض، الاختلافات الذهنية) - وحول اعتقاداتهم الأخلاقية والسياسية بشأن الكيفية التي ينبغي بها أن نفهم وندعم الناس الذين يختبرون هذه الاختلافات. ففي حين أنّ العديد من الناس الذين يصفون أنفسهم أنهم يقبلون بإحدى هذه المقاربات لفهم الطب النفسي لن يعتقدوا على الأرجح في أنفسهم أنهم يمتلكون رؤىً فلسفية، إلا أنّ الفلسفة يمكن أن تساعدنا في تحليل اعتقاداتهم والتعبير عن التشابهات والاختلافات التي بينهم.

الختام

على الرغم من وجود رابط وثيق الصلة بين الفلسفة والطب النفسي منذ فترة طويلة، إلا أنه فقط في العقود القليلة الماضية نمت فلسفة الطب النفسي بشكل كبير كحقل تحقيقي فلسفي مستقل بذاته، مع مجموعته المحددة من الأسئلة والموضوعات التي تثير اهتمام الفلاسفة التقليديين والمشتغلين في مجال الصحة العقلية على حدٍ سواء، بما في ذلك الأطباء النفسيين وعلماء النفس والباحثين الاجتماعيين. ويُعزى هذا النمو في جزء منه إلى التغييرات في الطب النفسي والأبحاث الطبية النفسية. حيث تشمل هذه التغييرات التطورات الحديثة في علم الأعصاب، وعلم الوارثة، وعلم الأدوية النفسية، إلى جانب نشر الطبعة الخامسة من الـ DSM (DSM-5)، إضافة إلى البدء اللاحق للمعهد الوطني للصحة العقلية بمعايير النطاق البحثي (RDoC) التي تقدّم معايير جديدة للبحث من خلال إعادة تحديد الأبعاد الأساسية للأداء (مثل دارة الخوف أو الذاكرة العاملة) لكي تتم دراستها عبر وحدات متعددة من التحليل، من الجينات إلى الدارات العصبية إلى السلوكيات. لقد ولّدت هذه التطورات، جنباً إلى جنب،

الكثير من الأسئلة العلمية والفلسفية. في الواقع، تشكّل الأسئلة حول كيفية تصنيف الاضطرابات الذهنية سلسلة متكررة في جميع أنحاء الكتاب - فهي تُعدّ مركزية للأسئلة المتعلقة بتعريف الاضطرابات الذهنية، ولصلاحية وموثوقية التصنيفات العلمية للاضطرابات الذهنية، وللاختلافات عبر الثقافية في خصائص الاضطرابات الذهنية، ولاستجابة معايير الاضطراب الذهني إلى خبرات الناس الذين يعانون من الاضطرابات الذهنية، ولأخلاقيات التشخيصات الطبية النفسية ومعالجاتها، ولطبيعة البحث الطبي النفسي كمشروع علمي. إننا نعتقد أنّ أفضل طريقة للإجابة على كل هذه الأسئلة هي من خلال العمل التعاوني بين الفلاسفة والعلماء والممارسين الطبّيين، مما يولّد مزيداً من الاهتمام بفلسفة الطب النفسي باعتبارها تخصصاً مستقلاً بحد ذاته.

إننا نعتقد أنّ هذا الكتاب مفيدٌ لشريحة واسعة من الجمهور. إذ يمكن استخدامه كمرجِع تمهيدي للطلّاب الجُدد في كل من الفلسفة والطب النفسي، أو لتقديم نظرة عامة عن فلسفة الطب النفسي للطلبة، أو المدرّسين، أو الباحثين في أحد المجالين ممّن يرغب منهم في معرفة المزيد عن المجال الآخر. فبعض الفصول هي بمثابة نظرات عامة تمهيدية إلى مجال فلسفة الطب النفسي؛ إضافة إلى هذا الفصل والفصل التالي لـ مُنى غوبتا، يتضمّن فصلين لـ جيسي بتلر وجينجر هوفمان (كِلاهما عن فلسفة العقل)، وفصل لـ كلير بونسي وجون ميرز (عن الموافقة المستنيرة)، وفي الجزء الخاص بالميتافيزيقيا، لدينا فصل كريستيان بيرنغ (عن الاستقلالية وحرية الإرادة) وفصل بيتر زاكار (عن التصنيف الطبي النفسي). وفي الوقت نفسه، يُعدّ كل فصل في هذا الكتاب جزءًا أصيلاً من منحة دراسية، لم تُكتب فقط للتمهيد، بل لتطوير الحديث عن موضوعاتها. وبأخذ هذا الكتاب ككل، فإنه يهدف إلى المساهمة في فلسفة الطب النفسي، باعتبارها مجالاً نابضاً بالتحقيق الفلسفي، من خلال إظهار أنّ الطب النفسي يُثير أسئلة فلسفية مهمة وأنه يمكنه على حدٍ سواء أن يُلقي الضوء على المشاكل الفلسفية الدائمة.

نظراً لأنّ تركيزنا كان على الفلسفة المعاصرة للطب النفسي، فقد اضطررنا إلى التغاضي عن لحظات مهمة من تاريخ الطب النفسي وكذلك عن تطوّر فلسفة الطب النفسي، وهي مواد نأمل أن يتم استخدامها باعتبارها مكّملة لهذا الكتاب. فعلى سبيل المثال لا الحصر، يتضمن هذا التاريخ ظهور الطب النفسي باعتباره تخصصاً طبياً في القرن التاسع عشر مع الاهتمام بشكل خاص بالأفراد المحبوسين في المصحات أو المستشفيات؛ ومساهمات عالم الأعصاب سيغموند فرويد في فهم الاضطرابات الذهنية من خلال نظريته عن التحليل النفسي، التي تنص على أنّ الاضطرابات الذهنية تنشأ بسبب تفاعل العناصر الواعية وغير الواعية في العقل ويمكن علاجها بنجاح من خلال جلب النزاعات والمخاوف المكبوتة إلى العقل الواعي عبر تقنيات مثل تأويل الأحلام والتداعي الحر؛ تتمثل المخاوف اللاحقة حول التحليل النفسي في أنها ليست نموذجاً صارماً من الناحية العلمية للتحقيق في الاضطرابات الذهنية بسبب افتراضاتها النظرية المسبقة حول العقل البشري، على سبيل المثال، التوترات الجنسية غير المحسومة في الطفولة التي تسبب الذهان لدى البالغين؛ وظهور الطب النفسي العلمي بدءًا من سبعينات القرن الماضي. يمكن للقارئ أن يجد بعض المصادر في قائمة المراجع المزودة بالحواشي في آخر هذا الكتاب لمتابعة هذه الموضوعات بشكل أكبر.

كما أننا استبعدنا أيضاً في هذا الكتاب منظور الشخص الأول [المنظور الشخصي] لأولئك الذين يعانون من الاضطرابات الذهنية. فبفضل الوعي المتزايد حول تأثير الاضطرابات الذهنية على حياة الناس، ومحاولات الحدّ من وصمة العار، والسهولة المتزايدة للنشر من خلال التطور في النشر عبر الانترنت، يروي العديد من الأفراد الذين يعانون من اضطرابات ذهنية تجاربهم عن تلك الاضطرابات الذهنية. فنحن نعتقد أنّ الانخراط في هذا المنظور ضروري لأولئك الذين يهتمون بفلسفة الطب النفسي. إذ تقدّم تفسيرات الشخص الأول نافذةً فريدةً لفهم الشخص المصاب بالاضطراب الذهني، وتوضّح الاختلافات والقواسم المشتركة بين تجارب الأفراد القادمين من خلفيات متنوعة كما هو موضّح بشكل

كبير في Capponi (1992), Cheney (2009), Jamison (1995), Reaume (2009),Saks (2007), White (2008), Romme & Escher (1989, 1993). تقدّم هذه التفسيرات تقديراً أعمق لكيفية إضعاف الباثولوجيا النفسية لعلاقة الفرد مع نفسه ومع مجتمعه. تركنا هذه الأشكال من التحقيق خارج نطاق هذا الكتاب لأسباب تتعلق بالمساحة. على أية حال، نحن نتطلع ونشجّع على أن تكون هذه القراءات مكمّلة لمحتوى هذا الكتاب. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أيضاً استخدام الأعمال الفلسفية الهامة حول أهمية منظور الشخص الأول في أبحاث المعالجة والصحة الذهنية لاستكشاف هذه الموضوعات بشكل أكبر (e.g., Ankeny, 2017; Flanagan 2013; Kleinman, 2012; Radden & Varga, 2013; Tekin, 2011, 2014). كما يمكن للقارئ أن يجد المزيد حول هذه المصادر في قائمة المراجع المزودة بالحواشي في آخر هذا الكتاب لمتابعة هذا المنظور بشكل أكبر.

ما سيأتي لاحقاً هو فصل لـ مُنى غوبتا "ما هو الطب النفسي؟"، ويتناول سؤال ما هو الطب النفسي، وما يميّزه عن المجالات الأخرى من الممارسة الطبية، ومِهن الرعاية الصحية الأخرى، وعلم النفس. ينقسم الجزء المتبقي من الكتاب إلى أجزاء تتوافق مع المجالات التقليدية للفلسفة: فلسفة العقل، الفينومينولوجيا، فلسفة العلم، الأخلاق، الفلسفة السياسية والاجتماعية، الميتافيزيقيا والإبستمولوجيا، فلسفة الطب.

يركّز القسم المعنون "فلسفة العقل والطب النفسي" على الكيفية التي يُلقي بها النقاش الفلسفي حول مشكلة العقل-الجسد الضوء على الأسئلة المركزية في الطب النفسي، عبر أمثلة عن الاضطراب الذهني كالتوحّد والاعتلال النفسي [السيكوباتية]. حيث يبدأ بفصل جيسي بتلر، "تمييز النوع \العلامة وفهم الظواهر الذهنية في النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي"، الذي يربط النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي في الطب النفسي بالأسئلة التقليدية حول نظرية تماهي النوع والعلامة في فلسفة العقل. ثم يتبعه فصل جينجر هوفمان، "الأسئلة المتداولة بكثرة حول الاضطرابات الذهنية"، الذي يركّز على تداعيات العلاقة

بين العقل والدماغ لفهم الاضطراب الذهني. بعد ذلك، يقيّم إريك خوسيه راميريز دور انفعالات الاعتلال النفسي والتوحّد في فصل "الاعتلال النفسي، التوحّد، والانفعالات الأخلاقية الأساسية". أخيراً، تعتمد لانا كوهل على المناقشات الحديثة حول التجسّد في فلسفة العقل لمناقشة فقدان الشهية العُصابي [القَهَم العُصابي] في فصل "فقدان الشهية العُصابي والعقل المتجسّد".

يبدأ قسم "الفينومينولوجيا والطب النفسي" بفصل أنتوني فنسنت فرنانديز "ميرلوبونتي وأسس علم النفس المرَضي"، الذي يُبرِز تأثير عمل ميرلوبونتي على فهم خبرة الشخص الأول للاضطراب الذهني. ويقدِّم الفصل التالي لـ كونستانتين ميمل، "التحوّل عبر الحوار: غادامير وفينومينولوجيا البينذاتية المتدهورة في الاكتئاب مقاربةً فينومينولوجية بديلة لفهم طبيعة البينذاتية في الاكتئاب.

يبدأ قسم فلسفة العلم والطب النفسي بفصل جوناثان ي. تسو "فلسفة العلم، التصنيف الطبي النفسي، والـ DSM". يركّز تسو على العديد من الأسئلة الفلسفية في تطوير التصنيف العلمي الأكثر تأثيراً للاضطرابات الذهنية، أي الـ DSM. أما فصل آرون كوستكو "المجازفات الاستقرائية والتصنيف الطبي النفسي" فيقيّم الدور الإبستمي وغير الإبستمي للقيم في الطب النفسي العلمي. ويشرح توماس بيرنو في فصل "التفسير السببي في الطب النفسي" المقاربات المختلفة للسببية في الأبحاث العلمية حول الاضطرابات الذهنية ويُظهر الآثار العملية لهذه المقاربات المختلفة. ينتهي هذا القسم بتوظيف آمي هاربين لبعض هذه الموضوعات في الأبحاث حول الصدمات في فصلها المعنون بـ "الأبحاث الطبية النفسية الملمّة-بالصدمة".

تفتتح كلير بونسي وجون ف. ميرز قسم "الأخلاق والطب النفسي" بـ "الموافقة المستنيرة والعلاج الطبي النفسي والأبحاث" حيث يسلطان الضوء على أهمية وتعقيد الموافقة المستنيرة في التحضيرات الطبية النفسية المختلفة. بعد ذلك، يتناول كيلسو كراتسلي الإكراه في الطب النفسي في فصل "أخلاقيات الإكراه وأشكال التأثير الأخرى". في فصل "الصوت والإسكات والاستماع

الجيد"، تشرح نانسي نيكويست بوتر الطرق التي يختبر فيها الناس المصابين بالضيق أو الكَرب الذهني أنفسهم بأنها تمّ إسكاتها أو لم تُسمَع. وتطوّر ميشيل سيوريا في فصل "المسؤولية باعتبارها تفاعلاً حوارياً قائماً-على الرعاية" تفسيراً للمسؤولية يستجيب لتعقيد خبرات الناس المصابة بالاضطرابات الذهنية. ويختتم ماثيو روبل هذا القسم بفصل "الفلاسفة، والمختلين نفسياً، وأخلاقيات علم الأعصاب" حيث يعزز تحليل المسؤولية في سياق الاضطراب الذهني من خلال الانخراط في مسألة ما إذا كان من الجائز أخلاقياً أن نلوم الشخص بسبب تقيّده باعتلالٍ ما يجعل الفرد فاعلاً أعمى من الناحية الأخلاقية.

يبدأ قسم "الفلسفة الاجتماعية والسياسية والطب النفسي" بمناقشة روبرت تشابمان للتنوّع العصبي في فصل "التنوّع العصبي ومساوئه"، حيث يقدّم منظوراً غير طبي حول فهم الاضطرابات الذهنية من خلال تأويلها عوضاً عن ذلك بأنها اختلافات ذهنية. ثم يتبع ذلك فصلاً لـ ديفونيا هافيز ومليسا موسكو بعنوان "إدارة الأفراد والتجمعات من خلال التصنيف الطبي النفسي"، وفيه يطبقان مفهوم ميشيل فوكو للسلطة الحيوية على الإعقام الذي فرضته الدولة على النساء الفقيرات والنساء ذوات البشرة الملونة، وكذلك الجراحات الفصّية للنساء التي أقرّتها الدولة في إطار القرن العشرين. ويعتمد بريان موكاندي في فصل "متلازمة الأفريقي الشمالي" على النصوص الأدبية حول علم النفس المرَضي لدراسة مقال فرانتز فانون الصادر عام 1952 بعنوان "متلازمة الأفريقي الشمالي".

يفتتح كريستيان بيرينغ قسم "الميتافيزيقيا، الإبستمولوجيا، والطب النفسي" بفصل "الاضطراب الذهني، وحرية الإرادة، والاستقلال الشخصي" حيث يناقش تأثير الاضطرابات الذهنية على حرية الإرادة والاستقلال الشخصي للفرد. ثم يأتي بعد ذلك، فصل بيتر زاكار "المشاكل الميتافيزيقية في التصنيف الطبي النفسي وعلم تصنيف الأمراض" حيث يربط الأسئلة المركزية في الطب النفسي بالأسئلة التقليدية في الميتافيزيقيا. ويربط سام فيلوز، بطريقة مماثلة، الأسئلة الإبستمولوجية المركزية حول النزعة الواقعية والنزعة اللاواقعية في الفلسفة

بالطب النفسي، في فصله "الواقعية واللاواقعية والتصنيف الطبي النفسي". وتختتم أنكي بيوتر هذا القسم بفصل "الإبستمولوجيا الاجتماعية والطب النفسي" وفيه تناقش فكرة الشهادة وأهميتها وتطبيقها في الطب النفسي.

أما القسم الأخير، "فلسفة الطب والطب النفسي"، فيضم فصلين يربطان الطب النفسي بحقل الطب على نطاق واسع. حيث يقارن هاني تو مونغ بين دور التشخيصات في الطب والطب النفسي في فصل "وظائف التشخيصات في الطب والطب النفسي". ويختتم رينير شور هذا القسم بمناقشة أهمية التحليل المفاهيمي في فلسفة الطب النفسي في فصل "الصحة العقلية والاعتلال: المناقشات السابقة والاتجاهات المستقبلية".

وبشكل عام، يقدّم الكتاب لمحة عامة عن العمل في الفلسفة المعاصرة للطب النفسي، مع استهلال كل فصل بـ "تمهيد متشبّث الرأي" بشأن القضايا ذات الصلة، ونأمل أن يُلهِم المزيد من الاهتمام بالموضوعات المهمة والملحة للاضطراب الذهني.

References

Ankeny, R. (2017), The Role of Patient Perspectives in Clinical Case Reporting, pp. 97-112. In Knowing and Acting in Medicine. R. Bluhm, ed. New York: Rowman and Littlefield.

Capponi, P. (1992), Upstairs in the Crazy House: The Life of a Psychiatric Survivor, Toronto: Viking.

Cheney, T. (2009), Manic: A Memoir, New York: HarperCollins Publishers.

Flanagan, O. (2013), Identity and Addiction: What Alcoholic Memoirs Teach, pp. 865-888. In The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry. K. W. M. Fulford, Martin Davies, G. T. Richard George Graham Gipps, John Z. Sadler, Giovanni Stanghellini, and Tim Thornton, eds. Oxford: Oxford University Press.

Jamison, K. (1995), An Unquiet Mind: Memoirs of Moods and Madness, New York: Knopf.

Kleinman, A. (2012), The Art of Medicine: Culture, Bereavement, Psychiatry, The Lancet, 379 (9816): 608-609.

Laing, R. D. (1985), Wisdom, Madness and Folly: The Making of a Psychiatrist 1927-1957, London: Macmillan.

Radden, J. and Varga, S. (2013), The Epistemological Value of Depression Memoirs: A Meta-Analysis, pp. 99-116. In The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry. K. W. M.

Fulford, Martin Davies, G. T. Richard, George Graham Gipps, John Z. Sadler, Giovanni Stanghellini, and Tim Thornton eds. Oxford: Oxford University Press.

Reaume, G. (2009), Remembrance of Patients Past: Patient Life at the Toronto Hospital for the Insane, 1870-1940, Toronto: University of Toronto Press.

Romme, M. and Escher, S. (1989), Hearing Voices, Schizophrenia Bulletin, 15(2):209-216.

Romme, M. and Escher, S. (1993), Accepting Voices, London: MIND. Russell, B. (1912), The Problems of Philosophy, Oxford: Oxford University Press.

Saks, E. (2007), The Centre Cannot Hold: My Journey through Madness, New York: Hyperion.

Szasz, T. S. (1961), The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct, New York: Harper & Row.

Tekin,ª. (2011), Self-Concepts through the Diagnostic Looking Glass: Narratives and Mental Disorder, Philosophical Psychology, 24(3):357-380.

Tekin,ª. (2014), Self-Insight in the Time of Mood Disorders: After the Diagnosis, Beyond the Treatment, Philosophy, Psychiatry, and Psychology, 21(2):139-155.

White, R. (2008), Finding My Mind, pp. 44-69. In Breaking The Silence: Mental Health Professionals Disclose Their Personal and Family Experiences of Mental Illness. S. Hihnshaw, ed. Oxford: Oxford University Press.

الفصل الثاني

ما هو الطب النفسي؟

مُنى غوبتا

المشكلة الأساسية

الطب النفسي هو فرع من فروع الطب يُعنى بتشخيص وعلاج الاضطرابات الذهنية. تكمن وراء هذا التعريف البسيط على ما يبدو العديد من الأسئلة. إلى أي مدى تتناسب ممارسة الطب النفسي مع البارادايم الطبي: من النموذج الطبي للمرض إلى الموقع المؤسسي للطب، وإلى مهام التشخيص والعلاج اليومية؟ هل تشير الخلافات العديدة التي أحاطت بالمجال إلى أنه يختلف بشكل أساسي عن التخصصات الطبية الأخرى، مثل الجراحة العامة أو علم أمراض القلب؟ وكيف يميّز الطب النفسي نفسه عن المجالات غير الطبية المعنية بالاضطرابات الذهنية، مثل علم النفس والخدمة الاجتماعية؟

عادةً ما يُفهم أنّ الطب يتعلق بالمرض، وبشكل أكثر تحديداً، تشخيص وعلاج المرض. يشير المرض إلى الوظيفة أو التركيب الباثولوجي (أو كليهما) في الجسم. ويشير التشخيص إلى التحديد الصحيح للباثولوجيا التي تولّد أعراض الشخص، في حين يشير العلاج إلى استعمال العديد من التدخّلات لعلاج المرض عن طريق تصحيح الباثولوجيا (مثل، المضادات الحيوية التي تقتل البكتيريا المسببة للالتهاب الصدري) أو لتخفيف الأعراض الناجمة عن المرض (مثل، الأدوية المضادة للالتهابات التي تخفف الألم والورم الناجم عن التهاب المفاصل من دون علاج العملية المرَضية التي تُسبب الألم والورم).

ففي حين أنّ هناك جدالاً واسعاً حول المعنى الدقيق لعبارة "النموذج الطبي" للمرض (Murphy, 2011: 426-427)، إلا أننا يمكننا التقاط بعض الميزات المشتركة. أولاً، يتم فهم المرض في النهاية من خلال الاضطرابات في العمليات الجسدية؛ ثانياً، التشخيص الصحيح هو أفضل نقطة بداية للتكهّن الدقيق والعلاج الناجح؛ ثالثاً، من المرجّح أن يؤدي تصحيح العملية الجسدية المضطربة إلى تحسّن في أعراض المرض؛ ورابعاً وأخيراً، هناك حاجة إلى العلوم البيولوجية وعلم الأوبئة لفهم المرض بدلاً من العلوم الاجتماعية أو العلوم الإنسانية أو التخصصات الأخرى.

إنّ فهمنا الحالي للاضطرابات الذهنية يحيد عن هذا الوصف. أولاً، لا يمكن تعريفها بالإحالة على الباثولوجيا التي تكمن وراءها، ينطبق هذا على الغالبية العظمى من الفئات التي اعتُبرت اضطرابات ذهنية؛ فلا توجد عملية فسيولوجية مرضية محددة، قابلة للتحديد. بدلاً من ذلك تُعرّف الاضطرابات الذهنية من خلال فئات تمثّل تجمعات من الأعراض التي تميل إلى التجمّع معاً. يتم التعبير عن الأعراض من خلال معايير إجرائية لكل اضطراب. ففي أمريكا الشمالية، تمّ وصف مخططاً تصنيفياً لجميع الاضطرابات في الدليل التشخيصي والإحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي للاضطرابات الذهنية، والذي هو حاليًا في نسخته المنقّحة الخامسة (DSM-5) (APA, 2013). ونظراً لأنّ نفس الأعراض قد تتجمّع مع اضطرابات مختلفة، فإنّ التشخيص الصحيح والوحيد يُعدّ أقل شيوعاً مقارنة بالفئات المتداخلة أو الاعتلالات المشتركة. على سبيل المثال، يمكن أن تكون صعوبة النوم أو التركيز التي قد تكون جزءاً من اضطراب الاكتئاب الرئيسي هي أيضاً أعراض لاضطراب القلق العام. إذا كان المريض يختبر مزاجاً قلِقاً ومكتئباً على حدٍ سواء، فقد يصعب معرفة ما إذا كان الشخص مصاباً باضطراب الاكتئاب أو اضطراب القلق أو كليهما في نفس الوقت. فمن الناحية الرسمية، الشخص الذي يستوفي وضعه معايير فئةٍ ما يجب أن يتم تشخيصه بتلك الحالة. ومن وجهة النظر الاختبارية للشخص، فإنّ حالته قد تبدو ظاهرة واحدة، إلا أنه قد ينتهي به الأمر إلى العديد من التشخيصات.

ثانياً، إنّ معالَجات الطب النفسي ليست موجّهةً نحو تصحيح أو تخفيف العملية الجسدية المعكّرة، بل موجّهة نحو الحدّ من أو القضاء على تجمعات الأعراض (أعراض الذهان، أعراض الاكتئاب) التي تشكّل المعايير التشخيصية. لذلك، فإنّ الدقة التشخيصية، أي تحديد دقة تصنيف الـ DSM الذي ينطبق على المريض المعين، تكون أقلّ أهمية مما في مجالات الطب الأخرى لأنّ التشخيص لا يحدد بالضرورة المعالجة. أخيراً، على الرغم من أنه قد تمّ توفير الكثير بشأن أهمية تعريض الأطباء إلى تدريبات حول العلوم الاجتماعية والإنسانيات لأجل تحسين قدرتهم على فهم خبرات مرضاهم عن الاعتلال، إلا أنّ هذه التخصصات لا تُعزز فهم المرض بحد ذاته. فداء السكري ذو النوع الأول هو نقص مطلق في الأنسولين بغض النظر عن كيفية اختبار المصاب له، أو خلفيته الثقافية، أو اعتقاداته الشخصية. إنّ خبرة الاعتلال تتفاوت، لكنّ الفسيولوجيا المرَضية تحدِّد المرض الفيزيائي على نحوٍ مكتمل إلى حد ما. على العكس من ذلك في الطب النفسي، فخبرة الاعتلال هي المرض؛ لذلك، فإنّ العلوم الاجتماعية والإنسانيات قد تكون ضرورية لفهم الاضطرابات نفسها في ضوء التباين المتواجد في تعابير الضيق عبر الزمان والمكان الجغرافي. على سبيل المثال، قد تكون الخبرة أو الحالة الذهنية التي قد تفي بمعايير الاكتئاب الرئيسي [major depression] في أمريكا الشمالية مفهومةً بشكل مختلف في بلدٍ آخر أو ثقافة أخرى. تُعدّ التخصصات التي تستكشف المعنى المحلي ضروريةً لفهم معنى التعبير عن الخبرة المعينة أو الحالة الذهنية؛ أي هل هي حالة طبّية، أم ضيق (طبيعي) ظهرَ في ظرف معين، إلخ. بعبارة أخرى، إنّ العلوم غير البيولوجية تُعدّ ضروريةً أيضاً في فهم المرض.

فجزئياً، من حيث التعرّف على هذه الجوانب المميزة للاضطرابات الطبية النفسية يصطف الأطباء النفسيون بأنفسهم مع النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي بدلاً من النموذج البيولوجي الطبي. يفترض النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، الذي طُرِح لأول مرة من قِبل الطبيب الباطني جورج إنجل في سبعينات القرن الماضي، أنّ جميع الأمراض هي نتيجة تفاعلات معقدة

تحدث عبر المستويات البيولوجية والنفسية والاجتماعية (Engel, 1977). لا يمكن اختزال هذه التفاعلات إلى مستوى أساسي واحد ولا يمكن للمرء أن يفهم المشكلة بشكل تام من خلال التركيز على مستوى واحد فقط. في الواقع، يُقارن إنجل بشكل صريح هذا النموذج مع النموذج البيولوجي الطبي القياسي. على الرغم من أنّ النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي له انتقاداته (Ghaemi, 2009)، إلا أنهّ لا يزال يُعتبر النموذج التفسيري الرئيسي في الطب النفسي (ABPN, 2011; RCPSC, 2015). أي أنّ الأطباء النفسيين من المتوقع أن يُفسّروا مشاكل مرضاهم من خلال الإحالة على النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي بدلاً من النموذج الطبي. ومع ذلك، يبدو أنّ التقيّد بالنهج البيولوجي النفسي الاجتماعي يضع الطب النفسي على خلاف مع حقله الطبي الرئيسي.

من هم الأطباء النفسيون؟

إنّ ممارسي الطب النفسي، الأطباء النفسيين، هم أطباء. هذا يعني أنّ جميع الأطباء النفسيين يُكملون أولاً الكلّية الطبية (وهي برنامج جامعي إما على مستوى البكالوريوس أو الدراسات العليا، اعتماداً على البلد). ثم يُتابعون فترة تدريب إضافية لعدة-السنوات (إقامة) ليُصبِحوا متخصصين في الطب النفسي. تدوم مدة الإقامة التدريبية في الطب النفسي بضعة سنوات، وهو ما يشبه الإقامة التدريبية في المجالات الطبية الأخرى. يخضع المقيمون أثناء التدريب التخصصي إلى أنواع مختلفة من الممارسات الطبية النفسية عبر الإعدادات السريرية (المستشفيات في مقابل العيادات الخارجية)، وعبر السكان (الأطفال، المسنين)، وعبر نوع الاضطراب (الاضطرابات الذهانية المزمنة).

إنّ الكون طبيباً استشارياً [physician] هو الفرق الأكثر وضوحاً بين الأطباء النفسيين والأطباء السريريين [clinicians] الآخرين الذين يعملون في مجال الصحة العقلية، مثل علماء النفس، الباحثون الاجتماعيون، الممرضات، المعالجون المهنيون، وغيرهم. هذا يعني أنّ الأطباء النفسيين يمكنهم القيام

ببعض الأعمال السريرية وتحمّل بعض المسؤوليات الخاصة بالأطباء الاستشاريين لا تحوزها المجموعات المهنية الأخرى ولا تستطيع تولّيها. أول هذه المسؤوليات وأكثرها وضوحاً هو وصف الدواء. ويمكن أيضاً للأطباء الاستشاريين الآخرين، مثل استشاريو الأسرة، أن يصفوا الأدوية النفسية، لكن غير الاستشاريين قد لا يصفونها[1]. ومن الجوانب الأخرى للممارسة الخاصة بالطب النفسي هي ما يتضمن النظر في المسائل القانونية مثل الاستشفاء غير الطوعي و\أو معالجة الاضطرابات الذهنية[2] أو تقييم المسؤولية الجنائية للشخص المعتل ذهنياً. أخيراً، هنالك مهام قد يضطلع بها الأطباء النفسيون وتشمل تقديم التشخيص الطبي النفسي والتكهّن وخُطط العلاج لمختلف الوثائق الإدارية و\أو القانونية مثل الرسائل التي تدعم طلبات الحصول على مزايا مالية أو برامج اجتماعية أخرى.

عادة ما يتم إجراء أعمال الطب النفسي ضمن الإطار المؤسساتي للطب الذي يشمل المستشفيات والعيادات الطبية بأنواعها المختلفة. في السنوات الأخيرة، تّم تطوير مجموعة متنوعة من نماذج العلاج المجتمعي لجعل تلقّي الرعاية أقل عبئاً على بعض المرضى ولمنح الأطباء السريريين الفرصة لتقييم مرضاهم في السياقات الحقيقية التي يعيشون فيها. قد يشمل هذا وحدات الأزمات المتنقّلة التي تقوم بزيارات منزلية، أو فِرق المعالجة المجتمعية الحازمة التي تقوم في الملاجئ؛ حيث يمكنهم مقابلة المرضى في موقعهم. على الرغم من أنّ هذه الأنواع من الخدمات تُقدَّم خارج الحدود المؤسسية، إلا أنّ دور الطبيب النفسي يحتفظ بطابعه الطبي والطبي الشرعي من حيث إنّ مهمة الطبيب النفسي تتمثل في تنظيم الأعراض من خلال الأدوية وتقييم سلامة النفس والآخرين.

---

(1) تشمل الاستثناءات بعض السلطات المحددة، مثل صلاحيات الوصف لممارسي التمريض أو الصيادلة لإطالة الوصفات أو الشروع فيها.

(2) في بعض المواقف، مثل عدم توفّر الطبيب النفسي، يمكن طلب إذن من الطبيب الاستشاري العام.

عادة ما يتم إجراء هذا العمل بطريقة متعددة التخصصات تضم أطباء سريريين من تخصصات أخرى مثل التمريض والخدمة الاجتماعية وغالباً ما يكون دورهم هو ضمان أن تكون منازل المرضى آمنة وصحية وأن ينخرط المرضى في بعض الأنشطة المجتمعية.

بغض النظر عن إعداد الممارسة، يعمل الأطباء النفسيون، مثلهم مثل الأخصائيين الطبيين، بشكل متزايد معاً في فِرق تضم المهنيين الآخرين الذين يقدّمون وجهات نظرهم التخصصية وحزمة من المهارات لفهم الاعتلال الذهني. أحد هذه المنظورات هو ذلك الذي يعود إلى عالِم النفس السريري. إنّ علماء النفس السريريين ليسوا أطباءً استشاريين، بل بدلاً من ذلك هم حاصلون على شهادات على مستوى الدراسات العليا (الماجستير أو الدكتوراه) ويتلقّون تدريبات سريرية ضمن هذه البرامج. يلتزم بعض علماء النفس ببرامج الماجستير أو الدكتوراه من دون التدريب السريري لمتابعة البحث و\أو التدريس. ويقوم بعض علماء النفس السريريين بتقييم المرضى وتقديم العلاج النفسي (ستتم مناقشة ذلك بمزيد من التفصيل في القسم اللاحق) في حين يركّز الآخرون على مراقبة وتأويل الاختبارات النفسية الرسمية.

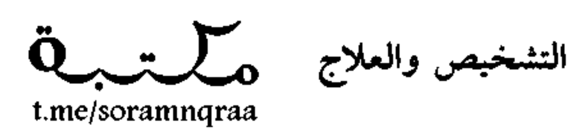
بصرف النظر عن الفروق في التدريب المهني والأفعال السريرية المسموح بها، هل ينظر الأطباء النفسيون وعلماء النفس إلى الاضطرابات الذهنية بشكل مختلف؟ يوافق غالبية الأطباء النفسيين وعلماء النفس على أنّ ما نسميه عقلاً هو نتيجة لعمل الدماغ. هذا يعني أنّ عمل الدماغ يكون ضرورياً للعمليات الذهنية الطبيعية وغير الطبيعية على حدٍ سواء. ويلتزم كل من الأطباء النفسيين وعلماء النفس بشكل متزايد بوجهة نظر مفادها أنّ المسار النهائي للاضطرابات الذهنية يجب أن يسبقه نوعٌ من الخلل الوظيفي داخل أدمغة الأفراد - حتى لو كان هناك المزيد من الأسباب النفسية أو الاجتماعية البعيدة (Schwartz et al. 2016). لقد طوّر علماء النفس العديد من النظريات غير-البيولوجية عن الاضطرابات (مثل النظريات الإدراكية [cognitive] عن الاكتئاب، التي تشير إلى أنّ حالةً ما مثل

الاكتئاب الرئيسي تنتج من تفعيل وتطوير شبكة من الإدراكات المشوّهة - أي الأفكار، الاعتقادات، المواقف - التي تؤدي إلى تأويلات خاطئة ومتشائمة على نحوٍ مستمر حول الذات والعالم والمستقبل) ولكنها لا تمنع الاختزال البيولوجي. بل بدلاً من ذلك، يختار مؤيدوها التأكيد على الموارد التفسيرية للنموذج الإدراكي في حين يبقون منفتحين على فكرة أنها يتم تأكيدها بواسطة التغييرات البيولوجية. يعمل النموذج الطبي على جعل المرَض موضوعياً وجعل العلاقة بين المريض والطبيب قابلةً للتبادل. هذا يعني أنّ المرض، في النموذج الطبي، مستقل بشكل تقريبي عن الشخص المصاب به وأنّ المعالجة مستقلة بشكل تقريبي عن الشخص الذي يقدّمها. يمثل تطوير مقاييس موحّدة لتشخيص وتقييم الأعراض إضافة إلى العلاجات الكُتَيبية وجهة النظر هذه ويتم دعمها بالجهود البحثية في علم النفس. لا يرفض الأطباء النفسيون مثل هذه التطورات، لكنّ القوة الدافعة لطُرق التقييم والعلاج المدعومة والمؤيدة تجريبياً تأتي من علماء النفس. ومن المثير للاهتمام، في هذه النواحي، أنّ علم النفس يبدو أنه يتمسّك على نحو أوثق من الطب النفسي بالنموذج الطبي.

يمكن أن يشارك العديد من المهنين الآخرين في فِرق وبرامج الصحة العقلية، مثل الباحثين الاجتماعيين، والمعالجين المهنيين، والممرضات. يتلقى الباحثون الاجتماعيون تدريبهم على المستوى الجامعي وغالباً ما تكون درجات الماجستير مطلوبة للوظائف السريرية. انتقل التدريب على العلاج المهني من المرحلة الجامعية إلى مرحلة الدراسات العليا، مما يعني أنّ الممارسة السريرية المرخّصة في هذا المجال تتطلب درجة على مستوى الدراسات العليا في العلاج المهني (لا تزال الدرجات الجامعية حاضرة ولكنها وحدها غير كافية للممارسة السريرية). أما مجال التمريض فهو في مرحلة الانتقال من التدريب على المستوى غير الجامعي إلى التدريب على المستوى الجامعي، كما تتطلب المناصب العليا الحصول على درجة الماجستير. يلعب كل مهني دوراً محدداً في الرعاية. فعلى سبيل المثال، يكون الباحثون الاجتماعيون على دراية بالموارد الاجتماعية والجماعية الحالية وكثيراً ما يساعدون مرضاهم في الوصول إلى الموارد المالية

والسكن المناسب. قد يساعد المعالجون المهنيون المرضى على إعادة الانخراط في الأنشطة التي تمّ التخلّي عنها أو التي لم تتطور بسبب الاعتلال. أما الممرضات فغالباً ما يَقُمْنَ بإدارة الحالة والرعاية في مجالات متعددة كتقييم تأثير الدواء، أو تنفيذ التغييرات من العلاج النفسي كتطوير تأويلات بديلة للمواقف أو الحدّ من تجنّب التفاعل الاجتماعي. في حالات المرضى المقيمين، عادةً ما يعمل الفريق سويةً مع كل شخص يقدّم مدخلات باعتبارها تتعلق بمجال خبرتهم الخاصة واعتماداً على احتياجات المريض. أما في بيئة العيادات الخارجية، يلتقي المرضى في الغالب بمقدِّم الرعاية الأولي الذي يقود خطة الرعاية في فترة معينة، والذي يتباين تخصصه اعتماداً على البرنامج أو إعدادات الممارسة، في حين يوفِّر الآخرون المدخلات على النحو المطلوب. قد يكون أو لا يكون مهنيو الصحة العقلية كافة، بما في ذلك الأطباء النفسيون، مدربين رسمياً ومؤهلين لممارسة العلاج النفسي.

التشخيص والعلاج



التشخيص

ما الذي يقوم به الأطباء النفسيون في ممارساتهم اليومية؟ رُغمَ اختلاف إعدادات الممارسة، إلا أنّ هناك بعض المهام التي تميّز المقابلة السريرية. وتتضمن مبدئياً التشخيص، والتخطيط العلاجي والإشراف (بما في ذلك وصف الدواء والعلاج النفسي). عندما يكون المريض جديداً على الطبيب النفسي، يتم إنفاق قدر معين من الوقت على التقييم الشخصي، أي العملية التي يُصنّف من خلالها الأطباء النفسيون مشكلة (مشاكل) المريض. يتم ذلك عادة وفقاً لمخطط تصنيف تشخيصي رسمي. وعادة ما يتطلب إجراء التشخيص الطبي النفسي استجواب المريض حول الأعراض التي تشكّل المعايير الإجرائية لفئة معينة. وقد يتم دعم إجابات هذه الأسئلة من خلال النتائج والإجابات التي تمّ الحصول عليها في مقاييس تقييم الأعراض. كما يُجري الأطباء النفسيون أيضاً اختباراً

للحالة الذهنية يهدف إلى تقديم تمثيل موضوعي للنطاقات المختلفة من الأداء العقلي للمريض مثل إدراكه الحسي وتفكيره وحُكمه ووظائفه الإدراكية. يمكن أن يتم تقييم هذه الأمور بشكل أكثر أو أقل تفصيلاً اعتماداً على مشكلة المريض. على سبيل المثال، قد يكون استكشاف إدراك المريض إذا كان يعاني من فقدان الذاكرة أكثر أهمية من الشخص الذي يعاني من نوبات الهلع وليس لديه صعوبات واضحة في الوظائف الإدراكية. إنّ جميع هذه المعلومات يجب أن يتم تحديدها، لزاماً، من خلال خبرة الطبيب النفسي عن المريض. هذا يعني أنّ الطبيب النفسي يتعلم أيضاً عن المريض باعتباره شخصاً بشكلٍ بينذاتي؛ وهكذا، يحتوي التقييم التشخيصي على عناصر ذاتية، وموضوعية، وبينذاتية تمكِّن الطبيب النفسي من تقديم تشخيصاً طبياً نفسياً.

عادةً ما يتم تنظيم المعلومات المطلوبة خلال التقييم الطبي النفسي باتباع هيكل محدد وموثّق كذلك. يلتزم هذا بهيكلٍ مشابهٍ لما يحدث في التقييمات الطبية العامة مع بعض الفئات الموسّعة أو الإضافية من المعلومات.

يحدد جدول (1) فئات المعلومات وأنواع المعلومات التي تمّ جمعها في كل فئة. إنّ الهدف من هذا الجزء من التقييم الطبي النفسي هو توصيف المشكلة الحالية بشكل كامل، أي السياق الطبي والطبي النفسي والشخصي الذي تقع فيه والإشارة إلى التشخيصات المحتملة. يعكس الهيكل المبين أدناه التقييم الطبي النفسي العام. قد يتم تضمين جوانب إضافية في التخصصات الفرعية المحددة للطب النفسي. على سبيل المثال، عادة ما يشتمل التقييم الطبي النفسي للطفل على المزيد من المعلومات حول والديه مقارنة بما قد يجده المرء في تقرير المريض البالغ.

بالإضافة إلى جمع هذه المعلومات، يتولى الأطباء النفسيون أيضاً فحص الحالة الذهنية (MSE) أثناء التقييم. يهدف MSE إلى أن يكون صورة موضوعية عن نطاقات الحياة الذهنية التي تُعتبر الأكثر صلة بالاضطرابات الطبية النفسية. يقيّم الطبيب النفسي هذه النطاقات آنياً. على سبيل المثال، إذا كان المريض

جدول (1) هيكل التقييم الطبي النفسي العام

الفئة	الوصف
التحديد	العُمر، الحالة السكنية، الحالة الاجتماعية، الوظيفة، مصدر الدخل.
المصادر	تحديد مصادر المعلومات الخاصة بالتقييم الذي يمكن أن يتضمن المريض، أفراد الأسرة أو الأصدقاء، الطاقم الطبي الآخر، المخطط الطبي، خطاب الإحالة أو طلب الاستشارة.
الشكوى الرئيسية أو سبب الإحالة (CC أو RFR)	وتتضمن السبب الرئيسي وراء السعي للحصول على التقييم ويمكن توثيقه من وجهة نظر المريض ومن وجهة نظر مصدر الإحالة عندما تكون هناك إحالة محددة تمّ أجراؤها.
تاريخ الاعتلال الحالي (HPI)	ملخّص زمني لتطور الأعراض أو المشاكل المدرجة في الـ CC أو RFR. إنّ الغرض من الـ HPI هو تنظيم الملخّص بحيث يشير إلى قائمة مختصرة من التشخيصات المحتملة.
الاستفسار الوظيفي	التقصي وراء الأعراض الطبية النفسية الشائعة الأخرى المقترنة بالأعراض المدرجة في الـ CC أو RFR.
التاريخ الإضافي	الأحداث التي أدت إلى التقييم كما رواها الطرف الثالث، مثل أحد أفراد العائلة أو طبيب آخر يعرف المريض.
التاريخ الطبي النفسي السابق	تفاصيل المقابلات السابقة للشخص مع مهني الصحة العقلية، ودخول المستشفيات النفسية، واستخدام الأدوية النفسية، ومحاولات الانتحار.
تعاطي المواد	تعاطي مواد غير دوائية قانونية وغير قانونية، بما في ذلك المنتجات المحتوية على الكافيين.
التاريخ الجنائي	التفاصيل المتعلقة بالمواجهات السابقة للشخص مع نظام العدالة الجنائية.
التاريخ الطبي	يشمل العلاجات المنصوص عليها، دون وصفة طبية، كالأعشاب والمثلية [الهوميوباثية].
الحساسيات	الحساسيات الموثّقة وكذلك عدم التحمّل.
التاريخ الطبي النفسي للعائلة	تفاصيل المقابلات السابقة لأفراد العائلة مع مهني الصحة العقلية، والمستشفيات النفسية، واستخدام الأدوية النفسية، ومحاولات الانتحار.
التاريخ العائلي	رسم بياني للعائلة يحدد المريض الدال (الشخص الذي يجري تقييمه).
التاريخ الشخصي	تفاصيل مسار حياة الشخص من الولادة إلى الحاضر. ويشمل الحياة الأُسَرية، العلاقات الشخصية، التعليم، العمل، التعلق الروحاني، الاهتمامات، أحداث الحياة الهامة.

Sadock & Sadock (2011: 227-232)

هادئاً أثناء التقييم، يتم توثيق ذلك في MSE حتى لو كان هائجاً بالأمس. فإفادته عن كونه متهيجاً يمكن أن يتم تضمينها في HPI. يلخّص جدول (2) النطاقات الرئيسية التي تمّ تقييمها في MSE.

جدول (2) نطاقات MSE في الطب النفسي

النطاق	الوصف
المظهر	يتضمن ملاحظات عن الهيئة، الاستمالة، النظافة، الاعتلال البدني.
السلوك	ملاحظات عن النشاط النفسي الحركي بما في ذلك عناصر مثل التشنجات، أو التصنّعات، أو اضطراب المشي، أو الهيجان، أو التخلف.
التواصل بالعين	وجود وجودة تحديق الشخص.
الموقف [attitude]	يشير هذا العنصر إلى موقف المريض تجاه الطبيب النفسي وقد يتضمن بعض الصفات مثل التعاونية، الازدرائية، اللامبالاة، المراوغة، الحذر، العدائية.
الكلام	يشير إلى إيقاع اللغة المنطوقة للشخص ودرجتها ونغمتها.
المزاج	يشير إلى وصف الشخص لانفعالاته.
العاطفة	تشير إلى تعبير الشخص عن انفعالاته وقد يتوافق أو لا يتوافق مع مزاجه المعلن. وتشمل الجوانب الأخرى للعاطفة مداها، حجمها، وفاعليتها.
الإدراك الحسي	يشير إلى وجود أو غياب الهلوسات أو الأوهام.
محتوى الفكرة	يشير إلى ما يفكر فيه الشخص أثناء التقييم. وهذا يتضمن الموضوعات التي أثارها الشخص بالإضافة إلى تقييم وجود أو غياب الهواجس والأوهام أو الأفكار المغالية (وتشمل تلك التي في جنون الارتياب، هوس العظمة، الذنب، العدمية، الجسمية، الهوس الشبقي)، التفكير العنيفي تجاه الذات والآخرين.
عملية التفكير	تشير عملية التفكير إلى الطريقة التي يعبّر بها الشخص عن أفكاره وما يقترن بها.
الإدراك	يتضمن: الانتباه، تركيز التوجيه (الشخص، المكان، الزمان)، الذاكرة، الحساب (الفوري، الحديث، الطويل الأجل)، موارد المعرفة، التفكير التجريدي. كل هذه يجب أن تؤخذ بالاعتبار في ضوء التعليم العالي المستوى للشخص.
التبصّر	التبصّر هو الحد الذي يكون فيه الشخص دارياً بمشاكله وفاهماً لها.
الحكم	يشير الحكم إلى قدرة الشخص على التصرّف بشكل مناسب في الظروف التي يكون فيها. ويشمل ذلك القدرة على ممارسة ضبط النفس والتنبؤ بنتائج السلوك.

Sadock & Sadock (2011: 232-237)

صيغة الحالة السريرية

ما هو الغرض من المقابلة السريرية في الطب؟ عادةً ما يَحضر المرضى إلى الطبيب مع مشكلة تُسبِّب لهم نوعاً من عدم الراحة، أو العجز، أو الضيق. وعادة ما يبحثون عن شيئين: التخفيف من معاناتهم (المعالجة) والتفسير للمشكلة (التشخيص). ونظراً لأنّ التشخيصات الطبية النفسية الحالية تمثّل تجمعات من الأعراض، وليست عملية فسيولوجية مرَضية أساسية، فإنها لا يمكنها أن تقدِّم النوع المعتاد من التفسير الذي يُنبئ عنه التشخيص. بدلاً من ذلك، يجب أن يكون الأطباء النفسيون قادرين على تأليف المعلومات والملاحظات التي جمعوها عن الشخص لأجل توليد تفسير للأسباب التي تجعل الشخص يختبر ما يختبره من المشاكل. تُعرف هذه العملية بصيغة الحالة السريرية. تُعتبر الصيغة مكوِّناً ضرورياً للتشخيص ولِخُطط العلاج. تحاول الصيغة تفسير شيء ما عن الشخص، وليس عن التشخيص أو المرض. في الواقع، يذكر مؤلفو الـ DSM-5 أنّ الغرض من الـ DSM-5 هو تحسين الصيغة السريرية (APA, 2013: 19). هذا يعني أنّ التشخيص يساعد على فهم الشخص ولكنه لا يمثّل الشخص ولا مشكلته. فوفقاً لستورني، يمكن الإخبار عن الصيغ من خلال المنظورات النظرية الفردية، أو عبر دمج اثنين أو أكثر منها، أو عن طريق الاستعارة من مصادر متنوعة (المقاربة الانتقائية) (Sturney 2009: 8). وبغض النظر عن المقاربة النظرية، تمتلك الصيغ عناصراً مشتركة. أولها، إنها تستخلص الميزات الرئيسية للحالة؛ ثانياً، إنها تربط سويةً بين بداية المشكلة (المشاكل) وتطورها وبقاءها ويجب أن تَربط هذه الأفكار بالمعالجة التي يجب أن تنبثق من الصيغة وتتصل بها. ثالثاً، إنها مؤقتة وتخضع إلى التعديل في ضوء المعلومات الجديدة؛ ورابعاً، يجب أن تتنبأ بالمعالجات المصمَّمة بشكل فردي والتي يمكن أن تكون أكثر فاعلية من المعالجات التي كان سيتم تنفيذها من الناحية الأخرى (Sturney, 2009: 8).

يسمح النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي للاضطراب الذهني للطبيب

النفسي بتقديم تفسير يدمج العوامل السببية البيولوجية والنفسية والاجتماعية على حسب الاقتضاء. فقد تتضمن العوامل البيولوجية التاريخ العائلي للحالة، وقد تعتمد العوامل النفسية على نظريات نفسية لتفسير جوانب محددة من المشاكل (الأنماط الدفاعية، التشوهات الإدراكية، إلخ.) في حين قد تشير العوامل الاجتماعية إلى الظروف الصعبة (الفقر، سوء المعاملة) التي قد تكون مساهمة في مشكلة الشخص. على الرغم من أنّ صيغة الحالة تنحرف عن النموذج الطبي للمرض من خلال السماح بشكل صريح للعوامل غير البيولوجية بتفسير "المرض"، إلا أنها، في الواقع، تتشاطر الأهداف العامة للتشخيص الطبي، أي تقديم سرداً سببياً لمشكلة الشخص الذي سيفسّر تطورها ويشير إلى سُبل علاجها على حدٍ سواء.

العلاج

بمجرد أن يتم تأسيس التشخيص والصيغة، يساعد الأطباء النفسيون في التخطيط للعلاج سواء أن كانوا يقدّمون ذلك العلاج بأنفسهم، أو يشاركون في تقييم فعاليته بالنسبة للمريض. قد تتضمن خطة العلاج الطبيب النفسي باعتباره المزود المركزي أو الطبيب النفسي الذي يُقدّم جزءاً من العلاج بالتوازي مع مقدّم آخر (مثل، يصف الطبيب النفسي الدواء ويقيّم تأثيره في حين يقدّم المعالج النفسي العلاج النفسي). في الحالة الأخيرة، يتضمن دور الطبيب النفسي بالعادة رؤية المريض بشكل دوري، والتردد اعتماداً على شدة المشكلة ومساهمة المريض في الموارد الشبيهة، والاستفسار عن الأعراض بشأن تطورها (أو عدم تطورها) خلال عملية العلاج، وإعادة تقييم الحالة الذهنية للمريض. أو قد يتضمن العلاج النفسي الطبيب النفسي وهو يعمل كاستشاري يرى المريض على نحوٍ نادر ويقدّم التوصيات العلاجية للمتعهدين الآخرين الذين يقدّمونها ويشرفون على استخدامها. قد يعمل هؤلاء المتعهدون سوية مع الطبيب النفسي في الفريق أو قد يكونون مهنيين يقبلون الإحالات من الأطباء النفسيين أو الإحالات-الذاتية عن المرضى.

يمكن أن يتخذ التدخّل في علاج الاضطراب الذهني أحد الشكلين الرئيسيين: البيولوجي والنفسي. لا يشير استخدام هذه المصطلحات بالضرورة إلى طبيعة التدخلات، ولا إلى آليات الفعل (يمكن أن تمتلك المعالجات البيولوجية أبعاداً نفسية مهمة ويمكن أن تؤثر المعالجة النفسية على العمليات البيولوجية) لكنه عُرفٌ يوجد غالباً في كتب الطب النفسي والأدبيات العلمية وبالتالي، سيتم الحفاظ عليه هنا. قد يستخدم الأطباء النفسيون أحد أو كلا النوعين من التدخلات في ممارساتهم السريرية.

يتدرب جميع الأطباء النفسيين على فهم دواعي الاستعمال والآثار الجانبية والتفاعلات العقاقيرية المحتملة للمواد الدوائية النفسية. ففي الوقت الحاضر هنالك العديد من الأدوية المتاحة في السوق لعلاج الاضطرابات الذهنية. ومن الناحية السريرية، تميل هذه المواد إلى التجمّع معاً وفقاً للأعراض التي تستهدفها، ثم تنقسم بعد ذلك من خلال التركيب البيوكيميائي أو آلية العمل. فعلى سبيل المثال، هنالك مضادات للاكتئاب، ومزيلات للقلق، ومضادات للذهان، ومثبّتات للمزاج. كما أنه توجد داخل المجموعة السريرية لمضادات الاكتئاب بعض الأقسام الفرعية: ثلاثية الحلقات (سُمّيت بذلك بسبب تركيبها الكيميائي)، مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية (سُمّيت بذلك بسبب العمل المحدد عند المشبك العصبي)، وعدة أقسام أخرى. تنقسم مضادات الذهان إلى ما يسمى بمضادات الذهان النموذجية (الجيل الأول) ومضادات الذهان غير النموذجية (الجيل الثاني) حيث يشير معنى النموذجية إلى آليات عمل معينة تمت ملاحظتها في التجارب الحيوانية. تشتمل مثبّتات الحالة المزاجية على مواد ذات تراكيب متنوعة، معظمها عبارة أيضاً عن أدوية مضادة للصرع باستثناء الليثيوم، وهو ملح طبيعي الحدوث. أخيراً، تتضمن مزيلات القلق مجموعة كبيرة من البنزوديازيبينات ذات الصلة البيوكيميائية التي تُستخدم لعلاج القلق، وعدد من مضادات الاكتئاب التي تُستخدم لعلاج القلق، وبعضاً من مضادات الذهان غير النموذجية، وعدد صغير من المواد الأخرى. إنّ جميع هذه المواد لها مظهرها الدوائي الخاص بها، بما في ذلك الآثار الجانبية والتفاعلات العقاقيرية. وعلى

غرار الأطباء الاستشاريين، عادة ما يتضمّن عمل الأطباء النفسيين وصف الأدوية.

من بين هؤلاء الأطباء الاستشاريين الذين يعملون في الرعاية الصحية العقلية، يكون كذلك الأطباء النفسيون مؤهلين بشكل فريد لوصف وإدارة تقنيات تحفيز الدماغ أو التعديل العصبي، بما في ذلك العلاج بالتخليج الكهربائي (ECT)، والتحفيز المغناطيسي عبر القحفي (TMS)، وتحفيز العصب الحائري [vagal]، والتحفيز الدماغي العميق، وإن كانت التقنيات الثلاث الأخيرة تبقى تجريبية ومتاحة بشكل أساسي في إعدادات البحث تحت ظروف محددة. يتطلّب التأثير العلاجي لـ ECT تحريض نوبة معممة [generalized seizure] ثنائية الجانب يكون المريض أثناءها مُخدَّراً ومشلولاً (لذلك لن يختبر الحركات الفيزيائية الفعلية للشخص الذي لديه نوبة معممة، بدلاً من ذلك تحدث النوبة عند مستوى النشاط الدماغي فحسب). عادة ما يوصف الـ ECT لعدد محدد من العلاجات (على سبيل المثال، 6 أو 12). أقلها شيوعاً هو إعطاءه كعلاج وقائي؛ أي يتلقاه المريض على أساس منتظم (مثلاً، أسبوعياً) لمنع الانتكاس من الاضطراب الذهني. إنّ الداعي السريري الرئيسي لـ ECT هو الاكتئاب الرئيسي الحاد (ذهاني أو غير ذهاني) وعلى نحوٍ أقل شيوعاً الهوس الحاد، وأعراض الفصام الشديدة الحادة، والجامود [=شذوذ الحركة الفصامي]. يُعدّ تقديم الـ ECT أكثر كثافة في استخدام الموارد من وصف الدواء لأنه يتضمن موارد المستشفى والعاملين، بما في ذلك أخصائي التخدير، أدوية التخدير، والمعدّات، بالإضافة إلى غرفة الإنعاش المزودة بأجهزة مراقبة. يتضمن الـ TMS تمريرَ حقل مغناطيسي فوق فروة الرأس والقحف حيث يُزيل استقطاب الخلايا العصبية القشرية السطحية لتحفيز هذه الخلايا وبذلك تخفيف أعراض الاكتئاب. يتضمن تحفيز العصب الحائري توصيلاً متكرراً لنبضات كهربائية إلى العصب الحائر الأيسر من خلال مولِّد نبضات يتم زرعه في جدار الصدر الأيسر. أخيراً، يتطلّب التحفيز الدماغي العميق تدّخلا جراحياً عصبياً لأنه يتضمن إدخال سلك رفيع إلى مناطق دماغية محددة عبر ثقب في الجمجمة. يمكن نقل المحفزات إلى السلك من

خلال مولِّد نبضات مزروع في جدار الصدر ومرتبط تحت الجلد (Sadock & Sadock, 2011: 1117-1126).

كما تقوم أيضاً مجموعة فرعية من الأطباء النفسيين بتطوير أهلية استخدام العلاجات غير الدوائية، خاصة العلاجات النفسية بأنواعها المختلفة للأفراد أو الأزواج أو العوائل أو المجموعات. يعتمد حصولهم أو عدم حصولهم على مثل هذه المهارات على متطلبات التدريب الخاصة بمنظمات الشهادة الوطنية الخاصة بهم - بعضها يتطلب كفاءة على مستوى الممارسة في العلاج النفسي، وبعضها لا يتطلب ذلك. كما يختار بعض الممارسين كذلك تطوير هذه المهارات بعد تدريبات الإقامة. رُغمَ وجود العشرات من العلاجات المحددة، إلا أنّ هنالك عدداً صغيراً من التقاليد الرئيسية التي تقع فيها معظم العلاجات النفسية. يُعدّ التقليد الديناميكي النفسي سليلَ التحليل النفسي ويشترك في بعض التزاماته النظرية، بما في ذلك وجود اللاوعي، وضرورة فهم تجارب الطفولة من أجل تفسير المشاكل الحالية، والدور المركزي الذي تلعبه آليات الصراع والدفاع داخل النفس في فِهم الأعراض الحالية. تُعدّ العلاجات الديناميكية تحررية: إذا استطاع الناس تطوير فِهم واعٍ لأنفسهم، فيمكنهم حينئذ اختيار الطريقة التي يرغبون في العيش بها بدلاً من أنّ يكونوا محاصرين بدوافع غير واعية وصراعات وأنماط.

في المقابل يحافظ علاج السلوكي المعرفي على تركيز محدد على الحاضر، وعلى تقليل الأعراض، وعلى الأفكار الواعية التي تؤدي إلى تطور المشاعر والسلوكيات المَرَضية. إنها تكنولوجيا التغيير. أخيراً، إنّ كافة العلاجات المنهجية تتضمن التزاماً برؤية المشكلة على أنها تقبع داخل مجموعة من الناس (مثل الأسرة) بدلاً من الفرد وأنّ كل فرد له دورٌ يلعبه. بعبارة أخرى، يجب أن يتم فِهم المشاكل - والحلول المحتملة - من وجهة نظر النظام برمّته -كيف يخلقها وكيف سيستجيب إليها (Sadock & Sadock, 2011: 940-943). وبصرف النظر عن بعض أطباء الأسرة الاستشاريين الذين قد يكونون تدربوا على العلاج

النفسي، لا توجد مجموعة أخرى من الأطباء الاستشاريين تقوم بتقديم تدّخلات علاجية غير دوائية أو غير جراحية بشكل روتيني. قد تعمل بعض التخصصات عن كثب مع بعض العاملين السريريين غير الطبيين الذين يقدّمون مثل هذه المعالجات. على سبيل المثال، يمكن أن يصف الأخصائيون الفيزيائيون العلاج الفيزيائي لكنهم لا يقومون هم أنفسهم بتقديمه.

تتباين مهام التشخيص والعلاج إلى حدٍ ما في مجالات الطب النفسي المتخصصة. على سبيل المثال، سيقضي أطباء الطب النفسي للأطفال في الغالب جزءاً من وقتهم في الاجتماع مع مقدّمي الرعاية الأساسيين للطفل (المريض). ينفّذ الأطباء النفسيون الجنائيون مهاماً مماثلة، لكن مع التركيز على الأسئلة التي يطرحها عليهم النظام القانوني (مثل، ما إذا كان الشخص لائقاً للمثول أمام المحكمة، أو مسؤولاً جنائياً عن فعل تمّ ارتكابه). كما سيتعين أيضاً على بعض الأطباء النفسيين الانخراط في المهام القانونية الطبية مثل حضور جلسات الاستماع للمرضى الذين يتحدَّون إدخالهم غير الطوعي إلى المستشفى أو العلاج أو اللجان الإدارية التي يتمثل دورها في تحديد ما إذا كان الشخص يمكنه الاستمرار في العيش بشكل مستقل عن السكن الخاضع للإشراف أم أنه بحاجة إليه.

التحديات التي تواجه ممارسة الطب النفسي

على الرغم من المشكلة الرئيسية التي يواجهها جميع الأطباء الاستشاريين - المتمثلة في أنّ هنالك العديد من المرضى الذين تقاوم مشاكلهم التداخلات العلاجية المتاحة - إلا أنّ هنالك بعض التحديات الخاصة بممارسة الطب النفسي. سأُناقش في هذا القسم مشكلتين تنشآن مباشرة من القضايا المناقشة في هذا الفصل: (1) العواقب السريرية للطبيعة غير المؤكدة للتشخيصات الطبية النفسية و(2) تأثير النموذج الطبي على العمل الطبي النفسي.

العواقب السريرية للطبيعة غير المؤكدة للتشخيصات الطبية النفسية

كما نوقش سابقاً، إنّ الغرض من التشخيص هو تحديد العملية الفسيولوجية المرَضية التي تُسبِّب الأعراض عند المريض، لكي يمكن معالجتها والشفاء من المرض أو تخفيف الأعراض. على أية حال، يخدم التشخيص كذلك أغراضاً أخرى. فهو يُمكِّن أرباب العمل والمحاكم وشركات التأمين وغيرهم من التمييز بين المرض وعدمه. فعادةً، ما يحق للشخص المريض أو العاجز الحصول على أنواع معينة من المزايا أو التعويضات. فبالنسبة للعامل قد يتضمن ذلك إجازة عجز مدفوعة الأجر؛ وبالنسبة للطالب قد يتضمن ذلك تسهيلات في العمل المُقدّم إليه أو شروطاً خاصة أثناء التقييمات الرسمية. حيث يُطلب من الطبيب الاستشاري تحديد ما إذا كانت (a) العملية المرَضية تتوافق مع الاعتلال أو العجز المعلن للشخص و(b) ما إذا كانت الباثولوجيا الكامنة وراءه تؤدي إلى قيود معينة. ونظراً لأنّ الحالات الطبية النفسية لا تُشير إلى تلك الباثولوجيا الأساسية، فإنّ الطبيب النفسي لا يستطيع القيام بنفس النوع من التحديد.

نظراً لأنّ مخطط تصنيف الـ DSM يتضمن الاختلال الوظيفي الاجتماعي أو المهني كعنصر أساسي في تعريف معظم التشخيصات، فضلاً عن السماح بالفئات الشاملة للمواقف السريرية التي لا يستوفي فيها الشخص المعايير الكاملة للمتلازمة، هنالك العديد من المواقف التي يمكن أن تستوفي من الناحية الفنية معايير الاضطراب الذهني. يؤدي عدم التيقّن بشأن ما إذا كان الشيء هو اضطراباً ذهنياً أم لا إلى درجة معينة من المرونة في التشخيص يمكن أن تتوسع عبرها الفئات لتشمل مجموعة واسعة من الحالات ويمكن أن تنجح الفئات الجديدة. وهذا يُصعِّب للغاية على الأطباء النفسيين استبعاد الأشخاص كحالات للاضطراب الذهني عندما يكون الضيق والاختلال الوظيفي كبيرين. لكن ما هو مؤكد أنه لا ينبغي اعتبار كل حالة من حالات الضيق والاختلال الوظيفي اضطراباً ذهنياً. أم أنّ الأمر بخلاف ذلك؟

يمكن أن يساعد التشخيص الطبي كالرَبو على توضيح المسألة التي على

المحك. فلو ادّعى العامل أنه لا يستطيع القيام بمَهمة معينة، مثل العمل في بيئة معينة لأنها قد تفاقم حالة الربو خاصته، فإنّ الطبيب الاستشاري لن يقتصر على تقديم تشخيص للربو فحسب، أي إثبات أنّ الربو كان موجوداً باستخدام تدابير بالإضافة إلى إفادات المريض عن الأعراض، بل يجب أيضاً أن يحدد ما إذا كانت طبيعة وشدّة المرض المعين للشخص تمنعه من القيام بالمَهمة. يمكن تحديد الطبيعة والشدة من خلال مقارنة مرض المريض مع مجموعات من المرضى المصابين بنفس المرض عبر المقارنة بين القياسات المختلفة لحالاتهم المرضية. فبالنسبة للربو، قد يتضمن ذلك إجراءات مثل الحجم الزفيري القسري، سرعة التأثر بوجود حافز معروف، تكرار التفاقم، عدد وجرعات الأدوية المطلوبة للتقليل من التفاقم. لدى الطبيب مصادر متعددة من المعلومات للوصول إلى الحكم السريري أنه مُصاب أو عاجز، بما في ذلك المصادر التي تتجاوز التقييم-الذاتي للشخص.

خذْ على النقيض من ذلك، مريضاً يمرّ مكان عمله بتغييرات تنظيمية رئيسية: يتم تسريح الزملاء، وإغلاق الأقسام، وتتحول مهام عمله إلى مهام يعدّها مملة. والمدراء المسؤولون غير متعاطفين مع الموظفين المتأثرين وينتظرون حتى اللحظة الأخيرة لمشاركة المعلومة معهم. وفي العمل، يشعر المريض بالحزن ويقل اهتمامه بعمله. فهو لا يرغب في الاختلاط بالزملاء ولا يشعر حتى بالجوع بدرجة كافية ليتناول غداءه. وينام أحياناً بشكل سيئ إذا كان غاضباً مما حدث في العمل في اليوم السابق. أمّا خارج العمل، فيشعر بحال أفضل لكنه يشعر بالقلق إزاء ما سيحدث في مكان عمله. فيتجنّب رؤية أُسرته وأصدقائه ولا يرغب في الحديث عمّا يحدث في عمله. إنّ هذا المريض مكروب للغاية، فهو يقول إنه لا يستطيع العمل. في هذه الحالة، يتعين على الطبيب الاستشاري أن يقوم بتحديد السُقم أو العجز بخصوص عمله، دون الاستفادة من المعلومات التي تتجاوز التقييم الذاتي للمريض. إنّ القضية هنا ليست أنّ المريض لا يمكن الوثوق به، بل بالأحرى إنّ الطبيب الاستشاري يُطلب منه إصدار حكم سريري عندما لا يكون واضحاً على الإطلاق أنّ هذا الحكم يتطلب قدرات سريرية. هل

هذا المريض يعاني من اضطراب ذهني؟ إنّ الطبيعة غير المتيقنة للتشخيصات الطبية النفسية يمكن أن تسمح للطبيب النفسي بالمجادلة في كِلا الجانبين. يبدو أنّ تحديد السُقم أو العجز يعتمد بشكل كبير على تقديرات الطبيب النفسي بشأن مَنْ يجب أن يُمْنَح إجازة من العمل وضمن أي الظروف.

هنالك تشخيصات في مجالات أخرى من الطب ينشأ فيها نفس النوع من المشاكل، لا سيما في الحالات التي يكون فيها الألم هو الأمّارة الموهِنة الرئيسية (مثل، الصداع النصفي، آلام أسفل الظهر). يُعدّ الطب النفسي فريداً من نوعه من جهة أنّ هذه المشكلة تواجه الحقل برمّته بسبب طبيعة الاضطراب الذهني والطريقة التي يُعرّف بها. فمن ناحية، نعتقد أنّ المرضى المصابين بحالات طبية نفسية قد يحق لهم الحصول على مجموعة من الفوائد المخصصة لأولئك الذين يُعتبرون سِقاماً. ومن ناحية أخرى، هل يُعتبر التقييم الطبي النفسي الفردي معياراً مُرْضياً لإصدار هذه الأحكام؟

الخبرة الطبية النفسية

التحدّي الثاني الذي يواجه حقل الطب النفسي هو معرفة أين تكمن الخبرة الطبية النفسية بالضبط. نظراً لوجود الطب النفسي ضمن النظام الطبي، فيجب عليه الالتزام بمعاييره. سيكون من المنطقي إذن أن يحدد الأطباء النفسيون، مثلهم مثل الأطباء الاستشاريين الآخرين، خبرتهم في التشخيص والعلاج. على أية حال، يكمن التشخيص في الطب النفسي في تطبيق معايير الـ DSM، وهي مَهمة يقوم بها أيضاً الدكاترة غير الطبيين مثل علماء النفس، ومَهمة يضطلع بها أطباء الأسرة الاستشاريين في كثير من الأحيان أكثر من الأطباء النفسيين، ويمكن تحقيق ذلك من خلال إدارة مقابلات منظّمة (سواء بواسطة طبيب استشاري، أو غير استشاري، أو متدرب غير سريري) بدلاً من أن تتم بالضرورة بواسطة طبيب نفسي (First et al., 2016: 1). وبخلاف ما هو الحال في مجالات الطب الأخرى، ليس من الواضح أنّ التشخيص هو مجال الخبرة الأساسي للأطباء النفسيين.

ماذا عن المعالجة؟ هل هناك دور محدد بوضوح للخبرة الطبية النفسية في نطاق التدخّل العلاجي؟ هنالك مجموعة من التدخلات - الدوائية، أو العلاجية النفسية، أو الاجتماعية، أو التأهيلية - المتاحة للاضطرابات الذهنية، اعتماداً على تفاصيل المشكلة. يتم تدريب الأطباء النفسيين على استخدام العلاجات الدوائية ولكن قدرتهم على تقديم أنواع أخرى من العلاجات ستتفاوت. وكمجموعة مهنية فإنّ خبرتهم لا تكمن في إتقان المعالجات غير الدوائية (على الرغم من أنّ الأطباء النفسيين الأفراد قد يكونون بالفعل خبراء في تقديم هذه المعالجات). لكن هنالك مشاكل مهمة من جهة الهوية المهنية إذا ما كانت الخبرة الطبية النفسية هي خبرة دوائية نفسية. فالأدوية الطبية النفسية يتم تصنيفها حسب تصرّفاتها على تجمّعات الأعراض ولكن مع ذلك، يتم وصفها لدواعي متزايدة الاتساع. وبالتالي، فهي غير محددة تماماً. إضافة إلى ذلك، هنالك جدالات مهمة تُحيط بفعالية (Kirsch et al., 2008; Turner et al., 2008; Vohringer & Ghaemi, 2011) وضرر (Moncrief, 2013; Wade et al., 2017) العديد من الأدوية الطبية النفسية الموجودة. إذا كان جوهر الخبرة الطبية النفسية يكمن في وصف هذه الأدوية، فإنه يجعل الأطباء النفسيين خبراء في عُدّة ممارسة علاجية مشبوهة. وبشكل صريح، سيكون الأطباء النفسيين خبراء في استخدام العلاجات ذات الفائدة العلاجية المشكوك فيها في أحسن الأحوال، والضارة في أسوء الأحوال.

يواجه الأطباء النفسيون تحدّي كيفية إنشاء خبرتهم التخصصية داخل مهنة الطب والنظام الطبي. حيث تركّز الرعاية الطبية بشكل طبيعي على تلك الجوانب من مشاكل المريض التي تتوافق مع النموذج الطبي؛ أي المكوّن البيولوجي. في حين أنّ هذا قد يكون له معنى بالنسبة لحالات كالالتهاب الرئوي حيث تكون العملية الفسيولوجية المرَضية أكبرَ مساهمٍ في مشكلة المريض، إلا أنه يبدو أقل وضوحاً وجوب كون هذا هو الحال مع الاضطرابات الذهنية حيث قد يلعب المرض البيولوجي دوراً أصغر في المشكلة السريرية المعنية. هل ينبغي للأطباء النفسيين قصر أدوارهم على تلك المشاكل أم على أجزاء المشاكل التي تبدو أنها

بيولوجية؟ تبدو التوجهات الحالية في أبحاث وممارسات وتدريبات الطب النفسي موجّهة نحو هذا الاتجاه. مما يجعل التوافق بين الطب والطب النفسي أكثر تماسكاً، لكنه يترك الباب مفتوحاً أمام أسئلة من قبيل مَنْ يجب أن يستجيب للأبعاد النفسية والاجتماعية للاضطرابات الذهنية وكيف ينبغي تنظيم هذه الخدمات وتمويلها.

الختام

يعمل الطب النفسي داخل الهياكل المؤسساتية للطب ويشاطره بعض خصائصه المفاهيمية والعملية. وفي نفس الوقت، يتشاطر المناهج مع التخصصات السريرية غير الطبية الأخرى. على الرغم من هذا الجمع الفريد بين التخصصات، إلا أنّ حقل الطب النفسي يواجه عدداً من القضايا، بما في ذلك عدم التيقّن بشأن طبيعة الاضطراب الذهني، والجدل حول العلاجات، والمنافسة مع التخصصات الأخرى. إنّ الغياب المستمر للمرض البيولوجي الواضح يقوّض موقع الطب النفسي في الطب في حين يفتحّه أمام المنافسين غير الطبيين الذين يدّعون أنهم يقومون بعمل جيد على نحوٍ مساوٍ. يأخذ صُنّاع السياسة بعين الاعتبار حقيقة أنّ الكثير مما يقوم به الأطباء النفسيون - من التقييم التشخيصي، ووصف الأدوية النفسانية التأثير، والعلاج النفسي- يمكن أيضاً أن يقوم به أطباء الأسرة الاستشاريين أو الأطباء السريريين الآخرين الذين تكون رواتبهم أقل وحياتهم المهنية أكثر قابلية للتحكّم. في نفس الوقت، إنّ الدور الذي لا يمكن فيه الاستغناء عن الأطباء النفسيين هو دورهم الطبي القانوني: باعتبارهم محكّمين في مجموعة من الأسئلة الأخلاقية الشائكة، مثل مَنْ هم المرضى الذين يجب إجبارهم على تلقّي العلاج أو المعالجة في المستشفى، أو هل هم مسؤولون جنائياً عن أفعالهم، أو هل يحق لهم الحصول على مجموعة متنوعة من الفوائد الاجتماعية. هل هذه هي الرؤية التي يحوزها الأطباء النفسيون عن عملهم؟ هل هذه هي نسخة الطب النفسي التي يحتاجها

المرضى وأفراد الأسرة؟ على الرغم من التوجهات الرامية لتحسين علم الطب النفسي، كما يتضح من تأثير مقاربة الممارسة المبنية على الأدلة، واستخدام مقاييس موحّدة لتشخيص وتقييم الأعراض، وكُتيبات العلاج النفسي، إلا أنه عندما يُطلب من الأطباء النفسيين إصدار أحكام أخلاقية بشأن الحياة الذهنية يبرز للعيان الطابع المميز لحقل الطب النفسي.

References

American Board of Psychiatry & Neurology (2011), Psychiatry Core Competencies Outline. URL= https://www.abpn.com/access-residency-info/residency-traininginformation/psychiatry/ Retrieved April 26, 2017.

American Psychiatric Association (2013), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Engel, G. L. (1977), The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine, Science. 196:129-136.

First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., and Spitzer, R. L. (2016), User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders-Clinician Version (SCID-5-CV), Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Ghaemi, S. N. (2009), The Rise and Fall of the Biopsychosocial Model, The British Journal of Psychiatry, 195:3-4.

Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., Scoboria, A., Moore, T. J., and Johnson, B. T. (2008), Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration, PLoS Medicine, 5:260-268.

Moncrieff, J. (2013), Long-Term Antipsychotics-Making Sense of the Evidence. URL= https://joannamoncrieff.com/2013/12/09/long-term-antipsychotics-making-sense-of-the-evidence/ Retrieved April 26, 2017.

Murphy, D. (2011), Conceptual Foundations of Biological Psychiatry, pp. 42-427. In Handbook of Philosophy of Science Volume 16 Philosophy of Medicine. F. Gifford, ed. London: Elsevier.

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (2015), Objectives of Training in the Specialty of Psychiatry. Version 2.0. URL= http://www.royalcollege.ca/rcsite/education-strategy-accreditation/pgme-training-programs/accreditation-residency-programs-e Retrieved April 26, 2017.

Sadock, B. J. and Sadock, V. A. (2011), Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 10th edition. Philadelphia, PA: Williams & Wilkins.

Schwartz, S. J., Lilienfeld, S. O., Meca, A., and Sauvigné, K. C. (2016), The Role of Neuroscience within Psychology: A Call for Inclusiveness over Exclusiveness, American Psychologist, 71:52-70.

Sturney, P. (2009), Case Formulation: A Review and Overview of This Volume, pp. 3- 30. In Clinical Case Formulation: Varieties of Approaches. P. Sturney, ed. Chichester: Wiley-Blackwell.

Turner, E. H., Matthews, A. M., Linardatos, E., Tell, R. A., and Rosenthal, R. (2008), Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy, New England Journal of Medicine, 358:252-260.

Vhringer, P. A. and Ghaemi, S. N. (2011), Solving the Antidepressant Efficacy Question? Effect Sizes in Major Depressive Disorder, Clinical Therapeutics, 33:B49-B61.

Wade, M., Tai, S., Awenat, Y., and Haddock, G. (2017), A Systematic Review of Service-User Reasons for Adherence and Nonadherence to Neuroleptic Medication in Psychosis, Clinical Psychology Review, 51:75-95.

أسئلة دراسية

1 - ما هي فلسفة الطب النفسي؟

2 - ما هو الفرق بين الطب النفسي ومهن الصحة العقلية الأخرى؟

القسم الثاني

فلسفة العقل والطب النفسي

الفصل الثالث

فِهم طبيعة الحالات الذهنية: الطب النفسي، ومشكلة العقل-الجسد، والنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي للطب

جيسي بتلر

المقدّمة

بالنظر إلى أنّ الطب النفسي هو الحقل الطبي المكرّس للاضطرابات الذهنية، فمن الأهمية بمكان أن يمتلك فهماً قابلاً للتطبيق عن طبيعة الحالات الذهنية. على أية حال، لقد كانت طبيعة الحالات الذهنية مصدراً دائماً للجدل عبر التاريخ حتى يومنا هذا، مع عدم وجود اتفاق واضح في الأفق بين الفلاسفة والعلماء المعاصرين المنخرطين في الموضوع. مما يضع الطب النفسي في موقع صعب. فإذا ما أراد الأطباء النفسيون تشخيص الاضطرابات الذهنية وعلاجها، فإنّ عدم وجود اتفاق بشأن فهمنا الأساسي للحالات الذهنية يبدو عائقاً كبيراً أمام النتائج والإجراءات الفعالة.

لحسن الحظ، هنالك طريقة لموضعة الطب النفسي في موقع وظيفي هنا على الرغم من عدم وجود اتفاق بين وجهات النظر المتعلقة بنطاقه الأساسي. فبدلاً من الانخراط في معركة حول طبيعة الحالات الذهنية، والسعي إلى إبراز تفسير أو نظرية واحدة للطب النفسي، يمكنه عوضاً عن ذلك الاستفادة من تعدد وجهات النظر المتاحة وتطبيقها على أنها أفضل ما يناسب أهدافه. إنّ الهدف من هذا الفصل هو إنشاء أساس فلسفي لهذه المقاربة في الطب النفسي، باستخدام

ما يُعرف باسم النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي للطب (BPS). فكما يوحي اسمه، يُعدّ النموذج الـ BPS نهجاً تعددياً للمرَض والصحة ويدمج بين أنماط متعددة من التفسير والتشخيص والعلاج بدلاً من مجرّد التفضيل لأي منظور على المنظورات الأخرى. لكي نكون واضحين، لا يعني هذا أنّ "كلّ شيء مباح"، بحيث إنّ أي منظور أو نظرية للحالات الذهنية تكون جيدةً كالأخرى. بدلاً من ذلك، إنه الاعتراف بأنّ الحالات الذهنية وخصائصها المختلفة معقدةٌ للغاية، وبالتالي ينبغي مقاربتها من زوايا متعددة بدلاً من زاوية واحدة فقط، مع استمرار الحفاظ على تلك المنظورات المختلفة بناءً على معايير معقولة من الدقة والنجاح الواضح. لتقديم حالة عن النموذج الـ BPS في الطب النفسي، سأقوم أولاً باستطلاع الآراء الفلسفية الرئيسية حول العقل، مع إلقاء نظرة على ما يُعرف بـ مشكلة العقل-الجسد في الفلسفة. سيُمكّننا ذلك من رؤية الخيارات المتنافسة الرئيسية لفهم طبيعة الحالات الذهنية، كما هي الحال اليوم في كل من فلسفة العقل وعلومه. كما سنرى، إنّ الكثير من النقاشات تَؤول إلى هل الحالات الذهنية هي حالات دماغية أم لا. سأُجادل بعد ذلك أنه حتى إذا كانت الحالات الذهنية هي حالات دماغية، فإنّ ذلك لا يمنح الامتياز إلى نمط واحد من التفسير على حساب الأنماط الأخرى. بدلاً من ذلك، باتباع النموذج الـ BPS، تكون الحالات الدماغية موجودةً ضمن مصفوفة متداخلة من الآليات الأساسية والوظائف الإدراكية والسلوكيات المجتمعية، بحيث إنّ هذه العوامل يجب أن يتم دمجها سويةً لفهم الاضطرابات الذهنية في الطب النفسي ومعالجتها بشكل فعّال.

مشكلة العقل-الجسد

من الشائع أن نبدأ بتحليل مشكلة العقل-الجسد مع الفيلسوف الفرنسي رينيه ديكارت الذي عاش في القرن السابع عشر، والذي دافع عن الفصل الواضح للعقل عن الجسد. بالطبع، لم يكن ديكارت أولَ شخص يعتقد أنّ العقل مستقل عن الجسد، لكنّ صياغته لثنائية العقل-الجسد مهّدت الطريق للكثير من

الفلسفة الحديثة. فوفقاً لديكارت، وللعقيدة المعروفة حالياً بالثنائية الديكارتية، إنّ العقل هو جوهر غير مادي، يُشار إليه على نحوٍ أكثر شيوعاً بـ الروح التي يمكنها الانفصال بشكل مستقل عن الجسد المادي وقد تتواجد من دونه. فعلى سبيل المثال، في مقطع مشهور من **مقال عن المنهج**، يقول ديكارت:

> ثمَّ لما نظرتُ بعناية إلى ما كنتُ عليه، ورأيتُ أنه في حين أنني قادر على أن أفرض أنه لم يكن لديَّ أي جسد وأنه لم يكن هناك أي عالَم ولا أي حيز لأشغله، إلا أنني ما زلت لا أستطيع أن أفرض أنني لم أكن موجوداً... علمتُ من هذا أنني كنتُ جوهراً كل ماهيته أو طبيعته ليست إلا أن يُفكّر ولا يحتاج إلى أي مكان، ولا يعتمد على أي شيء مادي، لكي يكون موجوداً. وفقاً لذلك، فإنّ أناي هذه - هذه الروح التي تجعلني على ما أنا عليه - هي مستقلة بالكامل عن الجسد، وأسهل معرفةً من الجسد، وستبقى موجودة كما هي حتى لو لم يكن الجسد موجوداً. (Descartes 1637, Part IV)

إذا كان هذا المنظور صحيحاً، فإنّ الحالات الذهنية هي جوانب لروح غير مادية، وستقع عافيتها في نطاق الدين والروحانية بدلاً من الاهتمامات الفيسيولوجية الأرضية للطب الحديث. على أية حال، إنّ عدداً قليلاً من منظّري العقل يتشاطرون هذه الثنائية اليوم، خاصة في ضوء التطورات العالمية اللاحقة التي تلت الفترة الحديثة السابقة للفلسفة الغربية. فعلى سبيل المثال، في تقديمه لمجموعة مختارات من المنظورات المعاصرة في فلسفة العقل، يكتب جيمس غارفي:

> ربما يستطيع ديكارت أن يأخذ على محمل الجد فكرة الروح الموجودة بشكل مستقل عن الجسد - شيء غير ممتد يقع على وجه التحديد في اللامكان ومع ذلك وبطريقة ما يُدير العرض - لكننا لم يعد بإمكاننا ذلك. ففي النهاية، نشأ ديكارت في عالم بدأ للتو في استيعاب فكرة أنّ الأرض لم تكن هي مركز الكون. ونظراً لتوسّع فهمنا لأمور كالبيولوجيا والتطور

> والطب النفسي والفيزياء، فإنّ النظرة القديمة عن العقل لا تتوافق مع البقية. كيف تُحشِر الروح في كائن حي متطور؟ ما الفائدة من الجوهر المفكر في التنظير حول حالاتنا النفسية؟ أين تضع الأشياء الروحية عندما يبدو مخزونك الأنطولوجي كاملاً بالمادة والطاقة (Garvey 2015: xx)

بالرغم من الرفض الواسع الانتشار لثنائية العقل-الجسد، إلا أنّ العلاقة بين العقل والجسد لاتزال موضع نقاش كبير. في الواقع، لقد ظهرَ هذا الاقتباس من غارفي في مقدِّمة لا تهدف فقط إلى إظهار الرفض المعاصر للثنائية الديكارتية بل أيضاً إلى وضع أساس للنقاش عبر مختلف النظريات والقضايا المهمة في أحد أكثر مجالات الفلسفة نشاطاً اليوم. لا يمكننا أن نغطي كل تلك المساحة هنا، لكنَّ النظرة العامة عن بعض الخيارات الرئيسية ستكون مفيدة.

مع رفض العقول الديكارتية التي لا يمكن رصدها، تحوّل بعض الفلاسفة المؤثرين (مثل، Ryle 1949) والعلماء (مثل، Skinner 1953) إلى السلوك البشري القابل للرصد لفهم طبيعة الحالات الذهنية. هنالك أنواع مختلفة من السلوكية، لكنها جميعها تتشاطر السعي إلى ربط الحالات الذهنية بالسلوكيات والميول السلوكية. فعلى سبيل المثال، يتم فهم الخوف من حيثية الميل إلى تفادي موقف أو شيء معين، في حين أنّ الرغبة هي الميل إلى تعقّب موقف أو شيء معين. تلعب السلوكية دوراً مهماً في تأسيس علم النفس كعِلم، وفي تجاوز الثنائية الديكارتية في الفلسفة. في الحقيقة، لا يزال تأثيرها بارزاً حتى اليوم، بالنظر إلى أنّ الحالات الذهنية غالباً ما تُفهَم من خلال الإشارة إلى السلوكيات. ففي الطب النفسي، يتضح هذا في التركيز على أنماط السلوك القابلة للرصد باعتبارها أعراضاً للاضطرابات الذهنية، كما يتضح ذلك من المعايير الموجودة في دليل التشخيص الحالي للاضطرابات الذهنية، الـ DSM (الجمعية الأمريكية للطب النفسي 2013). سنلمس ذلك فعلياً عندما نتناول حالة الاكتئاب الرئيسي أدناه، حيث يتم استخدام سلوكيات مثل "يبدو كثير البكاء" عند التشخيص.

على أية حال، إنّ القليل من المنظّرين يعتبرون أنفسهم اليوم سلوكيين،

نظراً لأنّ السلوكية تواجه بعض الإخفاقات المدمرة عند اعتبارها مقاربةً كافية للحالات الذهنية. وبالعودة إلى الوراء لم يكن من الصعب رؤية هذا العجز، كما يظهر ذلك في هذه المزحة الكلاسيكية حول السلوكية:

ماذا يقول السلوكيون بعد ممارسة الجنس؟

"كان ذلك جيداً بالنسبة لك، لكن كيف كان الأمر بالنسبة لي؟"

إنّ التركيز الضيّق على السلوك القابل للرصد يُغْفِل ما هو أكثر أهمية وإثارة عندما يتعلق الأمر بفهم الحالات الذهنية: خبراتنا وأفكارنا الشخصية الأولية. ففي حين أنّ السلوكيات ترتبط بالحالات الذهنية بطرق مختلفة، إلا أنّ الكثيرين يتفقون على أنّ الحالات الذهنية نفسها لا يمكن أن تتماهى بشكل صارم مع السلوكيات وحدها. يمكن أن تُسبِّب الحالات الذهنية السلوكيات (والعكس بالعكس)، لكنها ليست سلوكيات بحد ذاتها. في الطب النفسي، يمكن رؤية هذه النقطة في التحوّل الأخير من الأعراض السلوكية كمؤشرات قابلة للرصد للاضطرابات الذهنية، كما هو بارز في الـ DSM، إلى فهم الأسباب الأساسية التي تُنتِج تلك الأعراض، كما هو مقترح من خلال معايير النطاق البحثي للمعهد الوطني للصحة العقلية (RDoC)، وهو نموذج بحثي جديد يهدف إلى التقدّم بالطب النفسي بما يتجاوز نهج الـ DSM القائم على الأعراض (Cuthbert & Insel 2013).

ومع ذلك، إذا لم تكن الحالات الذهنية سلوكياتٍ قابلةً للرصد ولم تكن خصائص غير قابلة للرصد لروح غير مادية، فما هي بالضبط؟ كما تعلمون على الأرجح، إنّ أكثر وجهات النظر انتشاراً اليوم هي تلك التي مفادها أنّ الحالات الذهنية هي حالات دماغية. فالخوف من العناكب قد يرتبط بشكل وثيق بالميل السلوكي إلى الصراخ والهرب عند رؤية العنكبوت، لكنّ الخوفَ نفسه موجودٌ في رأس الشخص الخائف، مُشفّراً بطريقة ما في شبكة العمليات العصبية المجسّدة في الدماغ. هذا يقودنا إلى ما يُعرف بـ نظرية التماهي أو الهوية، وتعني أنّ الحالات الذهنية متماهيةٌ مع الحالات الدماغية (Smart 2017). هنالك

نُسخ متعددة من نظرية التماهي، لكن هنالك صيغة اختزالية خاصة بها تمّ تلخيصها بشكل جيد في إعلان فرانسيس كريك الذي لا يُنسى: "أنتَ لستَ سوى مجموعة من الخلايا العصبية" (Francis Crick, 1994: 3). وبالتطبيق على الطب النفسي، فإنّ المعنى المُضمَّن هو أنّ الاضطرابات الذهنية هي اضطرابات دماغية، وغالباً ما يُفترض أنّ أفضل فِهم لها هو من خلال علوم الأعصاب وتُعالج من خلال الإجراءات البيولوجية الطبية المطبّقة على الدماغ (مثل، العقاقير الدوائية التي تؤخذ لتغيير كيمياء الدماغ).

ومع ذلك، مرة أخرى، ليست هذه نهاية النقاش، بل هي بداية جديدة. خذْ بعين الاعتبار هذا السؤال: كيف تؤسس الأدمغةُ الأفكارَ والخبراتِ بالضبط، بحيث يمكن تفسير الحالات الذهنية والحالات الدماغية معاً على أنها نفس الشيء؟ يقودنا هذا إلى مركز الخلاف في دراسة العقل اليوم. فلا يمكننا ببساطة فتح رأس الشخص ورؤية الخوف من العناكب أو حالة الاكتئاب في المادة الرمادية في الداخل. إضافة إلى ذلك، من المتفق عليه بشكل عام أنّ الدماغ الميت، رُغم أنه لايزال دماغاً، إلا أنه لا يمتلك حالات ذهنية. وبالنظر إلى هذه وغيرها من النقاط ذات الصلة، انتقل تركيز البحث إلى فِهم ما تقوم به الأدمغة: ما الذي تقوم به بالضبط الخلايا العصبية والناقلات العصبية داخل رؤوسنا، لإثارة الأفكار والخبرات التي نعرفها على أنها حالاتنا الذهنية من خلال وعي الشخص الأول الخاص بنا؟

تتمثل إحدى المقاربات الرائدة في هذه المسألة، التي وضعت الأساس لحقل العلوم الإدراكية المعاصر والمتعدد التخصصات، في فِهم الدماغ من خلال الوظائف الإدراكية. تقترح هذه النظرية، المعروفة باسم الوظيفانية في فلسفة العقل، أنه من الأفضل أن يتم فِهم الحالات الذهنية من خلال الوظائف المعلوماتية التي تؤديها، بدلاً من الآليات الأساسية التي تُجسّد تلك الوظائف في الدماغ (Levin 2016). وباستعمال مماثَلَة الكمبيوتر الشائعة، تُعتبر الحالات الذهنية هي البرامج [software] التي تعمل عبر عمليات الدماغ الفعّال وظيفياً،

بدلاً من العتاد الصلب [hardware] الأساسي ذاته. فكما أنّ أجهزة الكمبيوتر عديمة الفائدة من دون البرامج المثبّتة لإنجاز مختلف الوظائف، كذلك الدماغ هو مجرّد كتلة عديمة العقل من دون بعض أنواع التنظيم الوظيفي الفاعل الذي يؤدي إلى نشوء العمليات المعلوماتية التي تشكّل الحالات الذهنية المجسِّدة لها. هنالك أشكال مختلفة من الوظيفانية، تتفاوت من خلال أنواع الوظائف التي تعزوها إلى الحالات الذهنية، لكنها جميعها تتشارك في فكرة أنّ أفضل مقاربة للحالات الذهنية هي ما كانت من خلال الوظائف الإدراكية التي تُنجزها في معالجة المعلومات. وبالتطبيق على الطب النفسي، تقتضي الوظيفانية إمكانية فهم الاضطرابات الذهنية على أنها مشاكل في العمليات الإدراكية المجسّدة في الدماغ، كما هو مؤكد في مجال الطب النفسي العصبي الإدراكي المتنامي والجديد نسبياً (Halligan & David 2001). فكما أنّ حلّ المشكلة في الكمبيوتر قد يتضمن اكتشاف خلل برمجي ما وإصلاحه، دون تغيير أي من العتاد الصلب بالضرورة، فإنّ وظيفة الطب النفسي قد لا تتداخل على مستوى العتاد الصلب للدماغ بل بالأحرى من خلال تناول الحالات الإدراكية للمريض، كالاعتقاد الوهمي أو الخوف غير العقلاني، واستعمال العلاج المعرفي لمعالجة المشكلة.

على الرغم من بروزها في فلسفة العقل وعلومه، تواجه الوظيفانية عدداً من الانتقادات، من عدة زوايا. ويجادل بعض الفلاسفة المعاصرين المؤثرين أنّ الوظيفانية، مثلها مثل سابقتها السلوكية، لا يمكنها أن تفسّر الميزة الأكثر أهمية وإثارةً للاهتمام للحالات الذهنية، أي الوعي. قادَ هذا النقد بعض المفكرين إلى تأييد شكل من أشكال الثنائية يُعرف بـ ثنائية الخاصية (مثل، ديفيد تشالمرز 1996)، حيث تُعامَل الحالات الذهنية الواعية على أنها حالات غير فيزيائية يمكن أن تنبثق من الدماغ لكن لا يمكن اختزالها إلى عمليات فيزيائية أو وظيفية في الدماغ. لكي نكون واضحين، إنّ ثنائية الخاصية باعتبارها نظرية منافسة في فلسفة العقل المعاصرة تختلف تماماً عن الثنائية الديكارتية. إنّ ثنائيي الخاصية لا يفترضون روحاً غير فيزيائية مستقلة كمقعد للوعي، ويسمحون بشكل عام أن تكون الحالات الذهنية الواعية معتمدةً على الدماغ و\أو مرتبطة سببياً به. تتمثل

وجهة نظرهم في أنّ التركيز الاختزالي على الأسباب الكامنة للحالات الذهنية في الدماغ لا يلتقط كل ما يمكن معرفته عنها.

تواجه الوظيفانية السائدة، مع تركيزها على الوظائف الإدراكية العالية المستوى (مثل، الذاكرة، الانتباه، اللغة، وما إلى ذلك)، اعتراضاتٍ من المفكرين ذوي النزعة الأكثر اختزالية أيضاً. ويجادل بعض المنظّرين بأننا لن نفهم على نحوٍ تام الحالات الذهنية حتى نتمكّن من تفسيرها من خلال آلياتها البيولوجية الأساسية، مُعاملين الوظيفانية على أنها مجرد طور غير مكتمل في عملية التفسير العلمي، بدلاً من إطار نظري كافٍ بحد ذاته. انطلاقاً من هذا المسار النقدي، فإنّ الأشكال السائدة للوظيفانية تعمل وفق مستوى مبالغ العمومية على نحوٍ مخادع، مما يجعلها تُخفق في القبض على الآليات السببية الفعلية أثناء العمل في الدماغ. يجادل منظّرو هذا النوع من النظريات بأننا يجب أن نسعى إلى اختزال أو حتى إقصاء فهمنا الوظيفاني الواسع النطاق حول الحالات الذهنية لصالح تفسيرات أكثر دقة بشأن ما يجري بالفعل في الدماغ (Bickle 2003; Churchland 2005). وفق هذا المنظور، قد لا نكون قادرين على معالجة الاضطرابات الذهنية بشكل فاعل حتى نتمكّن من اختزالها إلى أسبابها الفيسيولوجية الأساسية في الدماغ، مما يُعطي الأولوية إلى المعالجة والفهم الدقيق عند مستوى علم الأعصاب الناضج، والذي نفسه قد يتم اختزاله إلى آليات أكثر أساسية أيضاً. على سبيل المثال، يمكن أن يكون تحديد الحالة الوراثية التي تؤدي إلى نشوء الاختلال الوظيفي الكيميائي في الدماغ علامة على النجاح من وجهة النظر هذه، مما يُتيح اكتشاف آلياتها السببية الأساسية بدلاً من أعراضها السلوكية أو آثارها الإدراكية ذات المستوى الأعلى.

وعليه، في حين أنه كان هنالك تقارب واضح نحوَ الدماغ في فهمنا للحالات الذهنية، إلا أنه لايزال هناك نقاش محتدم ولاتزال مشكلة العقل-الجسد الكلاسيكية تحظى بحيوية كبيرة اليوم، ليس فقط كمشكلة فكرية، بل أيضاً كمشكلة عملية لها تبعات مهمة على الطب النفسي. إذ كما رأينا، يدور

الخلاف إلى حدٍ كبير حول مستوى التحليل الذي يجب أن نعتمده في فهم الحالات الذهنية. هل يمكن فهم الحالات الذهنية من خلال الأعراض السلوكية، بحيث يكون رصد الأنماط السلوكية كافياً لتشخيص الاضطرابات الذهنية وعلاجها؟ هل يجب أن نركّز عوضاً عن ذلك على الوظائف الإدراكية المتواسطة في العمل في علم النفس البشري، بحيث إنّ الاختلالات الوظيفية الذهنية يمكن معالجتها عند المستوى الإدراكي؟ أم يجب أن ننظر إلى العمليات الكهروكيميائية الدقيقة المجسّدة في الدماغ لفهم الاضطرابات الذهنية وعلاجها بالفِعْل؟ ومن الناحية الأخرى، هل إعطاء الأولوية لهذه السمات الموضوعية المختلفة يُهمل بطريقة ما أهمية الخبرة المُعاشة الخاصة بالمريض وعلاقة وعي الشخص-الأول الخاص به في فهم المشكلة الذهنية التي يواجهها؟

النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي

بالنظر إلى نطاق النقاش المعني بالحالات الذهنية، ما الذي يتعين على الطب النفسي القيام به؟ الاقتراح الذي أُقدِّمه هنا هو أنّ الطب النفسي ليس بحاجة إلى أخذ موقف قوي في تفضيل أي وجهة نظر أو مستوى تحليلي، بل يمكنه استفادة من تعدد المنظورات المتعلقة بطبيعة الحالات الذهنية. وفيما يتعلق بوجهات النظر التي شملتها الدراسة أعلاه، فإنّ السلوكيات والآليات العصبية والعمليات الإدراكية والخبرات الواعية يمكنها جميعها أن تكون ذات صِلة بفهم ومعالجة الاضطرابات الذهنية، مع كون الطب النفسي قادراً على الاستفادة من الاعتبارات المتنوعة التي تقدّمها هذه الجوانب المختلفة للحالات الذهنية. نحن البشر نود أن تكون لدينا نظرية واحدة أنيقة تفسّر الأشياء، وغالباً ما نجنح نحو نظرية أو أخرى مُحبَّبة، لكن في حالة فهم الاضطرابات والحالات الذهنية، فإنها معقدة للغاية ومتعددة الأوجه إلى درجة أننا لا يجب أن نتوقع وجود أي نظرية تكون كافية لوحدها. بدلاً من ذلك، يُعدّ القَبول التعددي للمستويات التحليلية والنظريات المتعددة الطريقة الأكثر معقولية للاعتماد في مواجهة طبيعة الحالات

الذهنية وتعقيدات الاضطراب الذهني، كما يختبرها جميع الأشخاص ضمن سياق وجودهم المُعاش في العالم.

ولشرح هذه المقاربة التعددية في الطب النفسي والدفاع عنها، سأعتمد على النموذج الـ BPS الطبي. على الرغم أنه من الممكن تحديد سوابق سابقة لهذا النموذج، إلا أنه يرتبط بشكل عام بمقال مؤثر ومحل استشهاد على نطاق واسع لـ جورج إنجل، "**الحاجة إلى نموذج طبي جديد: التصدّي للبيولوجي الطبي**" (1977). في هذا المقال، ينتقد إنجل النموذج البيولوجي الطبي المهيمن، مدّعياً أنه من بقايا ثنائية العقل-الجسد التي عفا عنها الزمن (كما رأينا سابقاً مع ديكارت)، ويقدِّم النموذج الـ BPS الجديد كمقاربة أكثر دقة من الناحية العلمية وأكثر فائدة للطب. فيما يلي، سأُقدِّم نظرة عامة عن النموذج الـ BPS الخاص بإنجل وأُوضّح كيف يوفّر فهماً تعددياً قابلاً للتطبيق في الحالات الذهنية والاضطرابات الذهنية من خلال مثال الاكتئاب.

في البداية، يجب أولاً أن نقارن النموذج الـ BPS مع هدف النقد عند إنجل: النموذج البيولوجي الطبي. فمن هذا المنظور، يُنظر إلى الجسم البشري على أنه آلة بيولوجية، مع اضطرابات في تلك الآلة يتم معالجتها عبر التدخّل البيولوجي الطبي، من دون الاعتداد بالأوجه الأخرى من حياة الشخص، مثل خبراتهم وأفكارهم الشخصية أو العلاقات بين-الشخصية. وفقاً لنقد إنجل، إنّ هذا العزل للجسم البشري عن الجوانب الأخرى من حياة الشخص هو نِتاج ثنائية العقل-الجسد في الثقافة المسيحية الغربية:

> مع ثنائية العقل-الجسد المؤسسة بقوة تحت ترخيص الكنيسة، عززت العلوم الكلاسيكية بسهولة فكرة الجسد كآلة، والمرض كنتيجة لانهيار الآلة، ومهمة الطبيب كإصلاح للآلة. (p. 131)

وهكذا، فإنّ الجوانب الأخرى للشخص، خبراته وأفكاره، وسلوكياته، وعلاقاته الاجتماعية، تمّ تصورها على أنها خارج نطاق الطب، وتقع بدلاً من

ذلك ضمن المجال الديني لرعاية الروح. فعند تمييز الروح عن الجسد، يُترك الجسد ليكون هدفاً للتحليل الميكانيكي الطائش وللتفسير، وللعلاج. وهكذا، تؤدي ثنائية العقل-الجسد إلى الاختزال البيولوجي في الطب، بجعل الجسم المعتل قابلاً للاختزال إلى اختلال وظيفي ميكانيكي بَحت.

ما هي المشكلة هنا؟ لقد أدّى تصوّر الجسم البشري كآلة بيولوجية إلى تقدّم طبي هائل، حيث أصبح بإمكاننا الآن معالجة مجموعة واسعة من الحالات الطبية من خلال التدخلات البيولوجية الطبية عن الطريق الجراحة، والعقاقير الدوائية، وما إلى ذلك، وعليه لماذا لا يجب علينا أن نتبنّى هذا النموذج البيولوجي الطبي؟ بادئ ذي بدء، إنّ إنجل، مثله مثل غالب المنظّرين المعاصرين، يرفض ثنائية العقل-الجسد باعتبارها أساساً إشكالياً وغير دقيق لفهم الحياة البشرية. يرى إنجل أنّ الجوانب السلوكية، والنفسية، والاجتماعية للوجود البشري هي جزء من العالم الطبيعي، وتقع ضمن نطاق الطب وليس خارجه. وبذلك، لا ينبغي معاملة الطب على أنه يختص بالآليات البيولوجية فقط، بل يشمل الشخص برمّته، عبر جميع أوجه الحياة البشرية، بما في ذلك دون الحصر، الآليات البيولوجية.

ثانياً، إنّ فصل العقل عن الجسد وضعَ الطب النفسي في موقع ضعيف، بحيث إما أنه يجب أن يُستبعد من الطب أو أن يتم اختزاله إلى معايير بيولوجية فَحسب. فمع الخيار الاستبعادي، يمكن أن يضعف تصور الطب النفسي ذاته كحقل طبي، وبذلك سيُرفَض طالما يهدف إلى معاملة الاعتلال الذهني باعتباره ظاهرة طبية. ومن ناحية أخرى، إذا تمّ اعتبار الطب النفسي حقلاً طبياً ضمن النموذج البيولوجي الطبي، فسيكون محصوراً في الاعتبارات البيولوجية فقط، مما يؤدي تلقائياً إلى اختزال جميع الاعتلالات الذهنية "الحقيقية" إلى اختلال وظيفي ميكانيكي في الجسم. لقد رأى إنجل أنّ هذين الخيارين يمثلان مشكلة كبيرة، ويؤديان إلى حالة من الأزمة في الطب النفسي من خلال فرضه بين خيارين غير مرغوب بهما. يكمن حلّ إنجل في وضع نموذج طبي جديد يتفادى

مشاكل الثنائية والاختزالية البيولوجية، ويُعيد صياغة الطب بطريقة تدمج النطاق الذهني للحياة البشرية بدلاً من أن تنبذه.

وكما يعكس الاسم نفسه، فإنّ النموذج الـ BPS يؤيد الاعتداد بالعوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية معاً في فهم المرض وعلاجه. ولم يسعَ إنجل إلى رفض البُعد البيولوجي الذي تُشدّد عليه المقاربة البيولوجية، بل بالأحرى إلى إدراج أيضاً البُعدين النفسي والاجتماعي في الاعتبارات الرئيسية للطب، وبالتالي مداواة الفجوة الخاطئة بين هذه العوامل الناجمة عن ثنائية العقل-الجسد. بعبارة أخرى، إنّ الشخص برمّته يقع ضمن النطاق الحقيقي للطب بدلاً من مجرد اختزال الشخص إلى العمليات البيولوجية للجسم البشري. رُغمَ أننا سنركّز على تطبيقه في الطب النفسي، تجدر الإشارة هنا إلى أنّ إنجل كان يهدف إلى تطبيق النموذج الـ BPS على الطب برمّته، لاعتقاده أنه سيكون أكثرَ إنسانية وقابليةً للتطبيق من الناحية العلمية أن يتم تضمين الشخص برمّته في تفاعلات الأطباء مع المرضى وفي الفهم العام للمرض وعلاجه.

لقد طوّر إنجل النموذج الـ BPS بما يتوافق مع نظرية الأنظمة العامة لعالِم الأحياء النمساوي Ludwig von Bertalanffy (1968)، مستخدماً تلك النظرية كإطار تكاملي لربط المستويات المتفاوتة من العلوم مع بعضها البعض، عبر مستويات مختلفة من التنظيم. بدءاً من فيزياء الجسيمات إلى المحيط الحيوي للكرة الأرضية، حيث يقع الأشخاص ضمن الترتيب الهرمي للأنظمة التنظيمية، المتضمِّنة العمليات الكيميائية الحيوية، والتراكيب الخلوية، والأجهزة العضوية، والشخص برمّته ككائن حي بشري، وعائلة الشخص وعلاقاته الاجتماعية، والانسجام الواسع مع العلاقات البيئية (Engel 1977: 196):

المحيط الحيوي

المجتمع

العائلة

الشخص الفرد



الأجهزة العضوية

التراكيب الخلوية

الجزيئات

على الرغم من أنّ النموذج الـ BPS لا يعتمد بالضرورة على التفاصيل الخاصة لنظرية الأنظمة العامة، إلا أنّ ترتيب المستويات المختلفة التنظيم في نظام متعدد-العلاقات يوضّح كيف يمكن الجمع بين الأوجه البيولوجية والنفسية والاجتماعية للشخص في فِهمٍ موحّدٍ ولكن متعدد، بدلاً من التنافس مع بعضها البعض على الأفضلية التفسيرية.

وبالعودة إلى النظريات المتضاربة ظاهرياً للحالات الذهنية التي شملتها الدراسات الاستقصائية سابقاً، يمكننا إعادة تصوّر الروايات المتنافسة المختلفة للحالات الذهنية على أنها جوانب مترابطة بينياً للشخص البشري. ومع كون الدماغ المقعد العضوي للعقل داخل الكائن البشري الحي، فهو مرتبط سببياً بالسلوكيات القابلة للرصد التي يُظهرها الشخص في سياق حياته الاجتماعية، وهو ذاته يتألف من عمليات ميكانيكية حيوية أساسية مجسّدة في مصفوفة معقّدة من الخلايا العصبية ونشاطها الكهروكيميائي. هذه العمليات، بدورها، يمكن فِهمها من خلال الوظائف الإدراكية التي تُنجزها، التي تضع التحليل ذا المستوى-البرمجي للعلوم الإدراكية بين سلوكيات الشخص ككل والمكونات البيولوجية الأساسية للدماغ. يمكننا أن نرى، من خلال النموذج الـ BPS، أنّ مستويات التحليل هذه ليست روايات متنافسة عن العقل، بل بالأحرى هي أوجه متكاملة للشخص كما هو مُلاحَظ عبر مستويات التحليل العليا والدنيا. على الرغم من أنّ التفسير البيولوجي الاختزالي يوفر تبصّراً هائلاً، إلا أنه يكون أكثر ثراءً وإنتاجية عندما يتموضع داخل إطار أكثر شمولية. كما أكّد المزيد من العمل التكاملي في الطب النفسي، "من خلال الأبحاث الحديثة في الوراثة والبيولوجيا العصبية، أنه أصبح من الواضح بشكل متزايد أنّ ارتباطَ [البُعد] الاجتماعي مع [البُعدين] البيولوجي والنفسي، وتأثيره عليهما، بطرق متعددة،

يؤدي إلى زيادة خطر الإصابة بالاضطرابات الذهنية" (Reininghaus & Morgan 2014: 1).

إضافة إلى ذلك، توفّر الخبرات والأفكار الواعية مستوًى آخر من التنظيم والتحليل، فتضع منظور الشخص الأول داخل القالب الواسع من الآليات البيولوجية والوظائف النفسية والسلوكيات الاجتماعية. يُعامِل ثنائيو الخاصية هذا المستوى من التنظيم باعتباره لا يقبل الاختزال إلى مستويات أخرى، ويجادلون بأنّ الوعي لا يخضع للتفسير الفيزيائي. قد يبدو هذا عائقاً أمام الوحدة الطبيعية للنموذج الـ BPS، إلا أنّ الثنائيين مع ذلك يقبلون بشكل عام على الأقل بنوع من العلاقة السببية بين الحالات الذهنية والحالات الدماغية، التي لا تزال تربطها بالعمليات الطبيعانية ضمن نطاق النموذج الـ BPS. في الواقع، يصف ديفيد تشالمرز، وهو ثنائي الخاصية مشهور، رؤيته على أنها ثنائية طبيعانية، حيث إنّ الخصائص الواعية، وإن لم تكن فيزيائية، إلا أنها مع ذلك جزء من العالم الطبيعي (1996). علاوة على ذلك، يجادل الكثير من الفلاسفة المعاصرين بأنّ طابع الشخص الأول للوعي يمكن استيعابه داخل العالم الطبيعي من دون فرض أي شيء غير فيزيائي. وللوقوف على أحد الأمثلة، أُحيل القراء المهتمين إلى كتابي عن الاستبطان، حيث أُجادل بأنّ معرفتنا الخبراتية [experiential] بحالاتنا الذهنية الواعية موجودةٌ بحكم وجودنا المتجسّد ككائنات طبيعية في العالم، مما يُلغي الحاجة إلى افتراض نطاق غير فيزيائي لتعليل الطابع الخبراتي الفريد للوعي (Butler 2013).

لتوضيح آثار النموذج الـ BPS في الممارسة، دعونا ننظر في حالة الاكتئاب السريري الآتية. افترض أنّ بيل يزور طبيبه مع شكاوى مفادها أنه يواجه متاعب في الخلود إلى النوم خلال الأشهر القليلة الماضية. وبعد استفسار طبيبه الاستشاري بشكل أكبر، وإجراء دراسة استقصائية لأعراض بيل، بما في ذلك، دعونا نفترض، التأكد من زوجة بيل واستبعاد الحالات الطبية الأخرى المحتملة والمرتبطة من ناحية الأعراض بالاكتئاب، يُقرّر الطبيب أنّ بيل يستوفي المعايير

التالية من الـ DSM-5 المتعلقة بالاكتئاب الرئيسي (الجمعية الأمريكية للطب النفسي 2013: 198-199):

1. المزاج مكتئب في معظم الأوقات، كل يوم تقريباً، كما يتضح ذلك إما عن طريق إفادة الشخص (مثل، يشعر بالحزن، الفراغ، اليأس) أو عن طريق الملاحظات التي أبداها الآخرون (مثل، يبدو كثير البكاء).
2. تضاءل ملحوظ في الاهتمام أو السرور بجميع الأنشطة، أو معظمها تقريباً، طوال الوقت وتقريباً كل يوم (كما هو واضح من خلال سرد الشخص أو الملاحظة).
3. الأرق أو فرط النوم كل يوم تقريباً.
4. الإعياء أو فقدان الطاقة كل يوم تقريباً.
5. تضاءل القدرة على التفكير أو التركيز، أو التردد، كل يوم تقريباً (إما من خلال سرد الشخص أو ملاحظة الآخرين).

بناءً على هذه المعايير الخمسة المجتمعة الكافية، يقوم طبيب بيل بتشخيصه باضطراب الاكتئاب الرئيسي ويكتب له وصفة طبية من مضادات الاكتئاب، ويخبره أنها يجب أن تساعده على تخفيف أعراضه، ويحدد موعداً للمتابعة للتأكد لاحقاً مما إذا كانت قد تحققت النتيجة.

على الرغم من أنّ العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية تدخل في هذه العملية، إلا أنه سيكون من التقصير أن تتم رؤية التشخيص الناتج هنا كمثال على اتباع النموذج الـ BPS. إذ بدلاً من لك، ما حدث هو أنّ هذه العوامل المختلفة تمّ تحويلها تلقائياً إلى مقاربة بيولوجية طبية مبدئية، وتمّ اختزالها إلى سبب بيولوجي مفترض ليتم علاجه عبر التدخّل الطبي في الجسم، من دون التناول الإضافي للجوانب السلوكية أو النفسية أو الاجتماعية لحياة بيل.

الآن، قد يستفيد بيل من هذه النتيجة، إذا كان فقط، مثلاً، يعاني من خلل في السيروتونين الذي يمكن تخفيفه بواسطة مضادات الاكتئاب SSRI. على أية حال، بناءً على المعلومات المقدّمة، من غير الواضح على الاطلاق أن يكون

هذا هو الحال على الرغم من حقيقة أنّ هذا النوع من العمليات والنتائج شائع جداً في الممارسة الطبية المعتادة (Horwitz & Wakefield 2007). لاحِظ أنه رُغمَ مراعاة الميزات المختلفة للحالات الذهنية لـ بيل، إلا أنها لم تحظَ بمزيد من الاهتمام المنهجي بسياقها في حياة بيل. علاوة على ذلك، لم يُعتد إلا بالتفسير السببي المُختَزل بيولوجياً، عبر الاستدلال الغامض إلى حدٍ ما من العلامات السلوكية إلى الاختلال الوظيفي الكيميائي العصبي المفترض (بدلاً من، مثلاً، التقييم والقياس المباشر للصحة الكيميائية العصبية، التي لم يتقدّم العلم نفسه بَعْد إلى الحد الذي يمكن فيه تنفيذ مثل هذه المقاربة).

لمعرفة أوجه القصور في هذه العملية وفروضها، افترض كذلك أنّ بيل قد تقاعد مؤخراً من وظيفة طويلة ومستقرة لعبت دوراً كبيراً في إعطاء حياته هيكلاً ومعنى. يمكن لعلم الأعراض غير السياقي لمعايير الـ DSM وحده أن يسمح بسهولة بمرور هذه الحقيقة من دون أن تتم ملاحظتها. لكن هذه الحقيقة السياقية عن حياة بيل يمكن أن تكون مهمة للغاية في فهم سبب اكتئاب بيل والعلاج المحتمل له (Horwitz & Wakefield 2007). حتى لو اتبعنا نظرية التماهي الاختزالية هنا واعتبرنا بيل نفسه مجرّد حزمة من الخلايا العصبية، فمن المهم أن نفهم ما يمكن أن تكون عليه حالة الاختلال الوظيفي أو الحالة الوظيفية الأوسع لتلك الخلايا العصبية نسبةً إلى سلوكياته وظروفه وعلاقاته الاجتماعية. فالخلايا العصبية لا تتواجد في فراغ. وإذا تطابقت التغييرات الاكتئابية لـ بيل في الكيمياء العصبية مع تغييرات دراماتيكية في عاداته السلوكية اليومية وعملياته الإدراكية، بعدَ تقاعده مؤخراً، فإنّ ميزات حياة بيل هذه تُعدّ مرتبطةً بفهم حزمة الخلايا العصبية في رأسه وبالتعامل معها من الناحية العلاجية. ففي حين أنّ SSRI قد تساعد في تخفيف آثار الانفعالات الاكتئابية لدماغ بيل، إلا أنها قد لا تُعالج حقاً العامل السببي الرئيسي وراء اكتئاب بيل أو قد لا تُساعده في تكوين المزيد من الأفكار والسلوكيات الفاعلة في حياته. يمكن للسببية والتدخّل العلاجي أن يعملا على مستويات متعددة، ولا ينبغي خلطهما مع الآلية البيولوجية وحدها (Kendler & Campbell 2006). ربما سيكون بيل أفضل حالٍ إذا ما قُدِّم له شكل

من أشكال العلاج المعرفي-السلوكي أو الاستشارات الحياتية لمساعدته على مواءمة أفكاره وسلوكياته مع الحياة الجديدة بعد التقاعد، كما أنّ الممارس الطبي الذي يتّبع فِهمًا تعدديًا لحَيَوات مرضاه من خلال النموذج الـ BPS سيكون على الأرجح الأنسب للنظر في هذه الخيارات ووصفها طبياً.

على الرغم من أنّ هذا مجرد مثال واحد، إلا أنّ هذه الاعتبارات تكشف أهمية الاعتداد بالنموذج الـ BPS في الفهم الطبي النفسي للحالات الذهنية، عبر أعراض، وأسباب، وعلاجات الاضطرابات الذهنية. ففي حين يمكن المجادلة بأنّ الحالات الذهنية هي حالات دماغية، إلا أنها أيضاً مرتبطة سببياً بالسلوك وتؤدي وظائف نفسية تعمل ضمن سياق الحياة الاجتماعية البشرية. يحث النموذج الـ BPS الطب النفسي على تناول هذه العوامل جنباً إلى جنب، كإطار لدمج هذه الجوانب المعقدة والمترابطة بينياً للحالات الذهنية في فهمنا للعقل البشري وتطبيق هذا الفهم في تشخيص وعلاج الاضطرابات الذهنية.

الاعتراضات والردود

على الرغم من الهيمنة المستمرة للنموذج البيولوجي الطبي، إلا أنّ النموذج الـ BPS حقَّقَ تأثيراً ملحوظاً ويجب أن يستمر في التطور مع تقدّم الطب النفسي. فعلى سبيل المثال، مع انبثاق الطب النفسي التطوري، هنالك إمكانيات جديدة لزيادة دمج الجوانب الـ BPS للاضطرابات الذهنية (Nesse 2005). ومع ذلك، فقد واجه النموذج الـ BPS انتقادات ملحوظة أيضاً. في هذا القسم الختامي، سأتصدّى لبعض الاعتراضات الرئيسية ضد النموذج الـ BPS وآثارها على فهم الحالات الذهنية في الطب النفسي.

على الرغم من أنه يهدف إلى التغلّب على المشاكل المصاحبة لثنائية العقل-الجسد، إلا أنّ بعض نُقّاد النموذج الـ BPS ادّعوا أنّ النموذج نفسه يولّد فَصلاً إشكالياً بين البيولوجي والنفسي. على سبيل المثال، يقول Tavakoli :

> لسوء الحظ، بالنسبة لمعظم المستخدمين الجُدد الذين يسعون إلى تعلّم واستخدام النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، قد يُوحي النموذج بأنّ البيولوجيا منفصلة عن علم النفس. فأثناء محاولة تعليم الأطباء النفسيين المستقبليين عن اضطراب الاكتئاب الرئيسي، على سبيل المثال، كيف يمكننا، كمُعلّمين، أن نُحدّد لهم ما هو البيولوجي مقابل ما هو النفسي؟ عندما يُنصَح بالنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي كنموذج تعليمي في قاعات الطب الأكاديمي، يُمكن للمرء أن يرى الإحباط لدى طلّاب الطب أو المقيمين المستجدّين الذين يحاولون تصنيف أعراض المريض وتاريخه السريري الدالّين على اضطراب الاكتئاب الرئيسي في البيولوجي مقابل النفسي. إنّ غموض مثل هذه الفروقات يسلّط الضوء على ضعف هذا النموذج فيما يتعلق بالتعليم والأهداف السريرية. (Tavakoli 2009: 26)

إنّ هذا موقف مؤسف، ليس بسبب النموذج الـ BPS نفسه. بل بالأحرى، تكمن المشكلة في سوء فِهم النموذج. فكما رأينا، إنّ الهدف الرئيسي من النموذج الـ BPS هو جمع الجوانب المتعددة للحالات الذهنية في كُلٍ متكامل. أي تتآزر جميع العمليات البيولوجية والعمليات النفسية والسلوكية معاً كَميزات للشخص ككل مع خبراته في الحياة. إنّ هذه ليست عناصر متفردة وقابلة للفصل، يتم تفكيكها من قِبل الممارسين الطبيين لتقرير ما إذا كانت حالة الاكتئاب بيولوجيةً أم نفسية. إنّ الاكتئاب هو بيولوجي ونفسي في نفس الوقت. وغرض النموذج الـ BPS في الممارسة الطبية هو الاعتداد بهذه العوامل جنباً إلى جنب، لأنها تتعلق بأعراض وظروف المريض المعين. وبالنظر إلى هذا، فإنّ نقد تافاكولي هنا لا يجب أن يُوجَّه إلى النموذج الـ BPS نفسه، بل بالأحرى إلى تصويره وتطبيقه الخاطئين في الطب النفسي. ومع ذلك، فإنّ بعض النقّاد شككوا فيما إذا كان النموذج الـ BPS يخلق بالفعل مقاربةً قابلةً للتطبيق موضوعياً عبر الظواهر المتنوعة التي يشملها. فعلى سبيل المثال، قد يجادل ناصر غيمي، أحد أشهر الناقدين الصريحين للنموذج الـ BPS، بأنّ هذا النموذج يعزّز الانتقائية النسبية "كل شيء مُباح" التي يربطها ناصر بالفقدان ما بعد الحداثي للحقيقة

الموضوعية (Nassir Ghaemi 2009). ففي كتابه الحديث عن الاكتئاب، يلخّص نقده على النحو التالي:

> إنّ ما بدأ مع بعض المعقولية القابلة للتطبيق سرعان ما غدا مُصاباً بفيروس ما بعد الحداثة. بدأت العدوى عندما بدأ الأطباء السريريون في طرح السؤال: حسناً، بالنظر إلى أنّ جميع الاعتلالات تمتلك عناصر بيولوجية ونفسية واجتماعية، علامَ يجب أن نركّز في هذه الحالة، بالنسبة لهذا المريض، في تلك الظروف، مع هذه الحالة؟ لم يقدّم النموذج الـ BPS إجابةً عامة على الأسئلة السريرية المحددة. كان الأمر أشبه بقول إنّ قانون الجاذبية موجود ولكن لم يكن قادراً على قول كيف ينطبق بالتحديد على الأجسام المادية في العالم. أو كما تشير بعض الانتقادات السابقة، إنه أشبه بالذهاب إلى المطعم لتناول الطعام، وبدلاً من تلقّي قائمة المأكولات، نتلقّى قائمة المكونات. قد يُقرّ المرء بأنّ هنالك مكونات بيولوجية ونفسية واجتماعية للعديد من الاعتلالات، لكن في أي تركيبة؟ هل هي دائماً على نفس القدر من التأثير؟ أم يجب على المرء أن يُعطي الأولوية إلى أحدها مقابل الأخرى في بعض الأحيان؟ لم تكن لدى النموذج الـ BPS إجابةً جاهزة، لذا كان الأطباء السريريون يرتجلونها. حيث كانت إجاباتهم انتقائية: كُلّ شيءٍ مُباح؛ لا شيء ممنوع. أنا كطبيب سريري قد أُقرر التأكيد على العلاج النفسي؛ أنتَ كمريض ربما تقرر التركيز على الأدوية. كل واحد حر في فعل ما يُريد مهما كانت رغبته، ولا توجد إجابة خاطئة. بل كل الإجابات صحيحة. (Ghaemi 2012: 59)

للتعامل مع هذه المخاوف، ينبغي تقديم بعض النقاط المختلفة. أولها، من المهم التمييز بين التعددية والنسبوية هنا. فالتعددية، وفق استخدامي لها، هي الرؤية التي مفادها أنّ هنالك اعتبارات، منظورات متعددة، و\أو أُطر نظرية ترتبط بالمسألة أو الموضوع المعني. لذا، كما رأينا، إنّ فكرة أنّ العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية ترتبط بفهم الحالات الذهنية هي نوع من التعددية. أما النسبوية، من الناحية الأخرى، فهي الرؤية التي مفادها أنّ الحقيقة

نفسها مرتبطة بمنظور الفرد، أو ثقافته، أو مقاربته النظرية. وكما رأينا في اقتباس غيمي، إنّ هذا الرفض للحقيقة الموضوعية غالباً ما يقترن بما بعد الحداثة ورفضها الحاسم للحقيقة الموضوعية التأسيسية في الفلسفة والعلوم. على أية حال، ينبغي عدم خلط هذين المفهومين مع بعضهما البعض. فالتعددية نفسها ليست رفضاً للحقيقة الموضوعية، وحقيقة أنّ النظريات أو المنظورات المتعددة قد تنطبق على ظاهرة معينة لا تستلزم ببساطة أنّ حقيقة الأمر تتعلق بأي منظور أو نظرية تختارها أنت، بحيث يكون كلُّ شيء مباح والناس أحرار في أن يقولوا ويفعلوا ما يحلوا لهم. خذ بعين الاعتبار حالة بيل مرة أخرى، فإذا ما نظرنا إلى حالته العصبية، ومعالجته النفسية، وسلوكياته الاجتماعية، وانفعالاته الخبراتية، فإننا لسنا مُجبرين على اختيار أي من هذه العوامل يُعدّ حقيقياً، ولا أنّ الحقيقة ترتبط بأحد هذه العوامل بمفرده. فإذا كان صحيحاً أن اكتئابه كان نتيجة تقاعده مؤخراً، على سبيل المثال، فإنّ هذا لا ينفي حقيقة أنه قد يُظهِر تغييرات كيميائية عصبية أيضاً. إذ هذه الأمور قد تكون صحيحة معاً، إذا ما اعتبرناها جوانباً متعددة لعين ونفس الشيء في الواقع: الشخص البشري بيل نفسه. إضافة إلى ذلك، إذا ما قارنّا التدخّل الدوائي مع العلاج المعرفي-السلوكي كعِلاجينِ لـ بيل، فإنّ حقيقة أيُهما الأنسب ليست اختياراً نسبياً يعود للتفضيل الشخصي بل بالأحرى اختياراً عملياً يعتمد على من سيكون الأفضل في التعامل مع المشاكل التي يواجهها بيل. ربما يكون المزج بينها هو الأنسب، اعتماداً على الظروف. وبالنظر إلى الممارسة، إنّ النموذج الـ BPS ليس اعتباراً ما بعد حداثياً متاحاً للجميع، ومجرّداً من الحقيقة الموضوعية، بل بالأحرى اعتباراً عملياً ودقيقاً للعوامل الحقيقية المتعددة المرتبطة بالحياة الذهنية البشرية.

لمزيد من التوضيح حول كيف يمكن للنموذج الـ BPS تطبيق المنظورات النظرية المتنوعة على أفراد معينين وحالاتهم الذهنية، سيكون من المفيد تقديم تمييز فلسفي قياسي بين الأنواع [types] والعلامات [tokens] (Wetzel 2014). فالعلامة هي حالة محدَّدة [concrete] خاصة لشي ما، في حين أنّ النوع هو فئة عامة ذات نظرية محددة يمكن أن تنطبق على شيء ما. للتوضيح، خذ بعين

الاعتبار السؤال التالي: كم عدد الكلمات الموجودة في هذا المربع؟

عقل عقل

إنّ السؤال نفسه مُربك لأنّ عدد الكلمات غامض، لكنّ التميز نوع \علامة يحل المشكلة: هنالك علامتان لنوع واحد من الكلمة. فعند مستوى العلامة، تظهر كلمة "عقل" مرتين في المربع، لذا هنالك حالتان محدَّدتان، أو علامتان، للكلمة. لكن كلتا علامتيّ الكلمة هاتين هما من نفس النوع، كلتاهما بنفس الشكل العام. لاحِظ أنّ الحقيقة الموضوعية لم يتم التخلّي عنها هنا، على الرغم من حقيقة أننا بدأنا بسؤال غامض ولدينا الآن جوابان. إنها حقيقة موضوعية أنّ هنالك علامتين لكلمة من نوع واحد.

والآن خذ بعين الاعتبار هذا السؤال: كم عدد الأشياء الموجودة في المربع الآتي؟

أشياء

هنا مرة أخرى لدينا سؤال غامض، والذي يتعين توضيحه من خلال السؤال عن ما هو نوع الشيء الذي نَعُدّه. إذا كنا نعدّ علامات كلمة "أشياء" فمن الواضح أنّ الإجابة هي واحدة. لكن إذا كنا نعدّ الحروف، فإنّ الإجابة ستكون خمسة. هل هذا يعني أننا وقعنا في ثقب دودي نسبي ما بعد حداثي حيث كلّ شيء يكون مباحاً، ويمكن لأي شخص أن يقول إنّ هنالك على أية حال الكثير من الأشياء التي يرغب بها؟ كلا. إنها فقط تعني أننا نمتلك أنواعاً مختلفة من الفئات يجب مراعاتها، وكل منها يمكن أن يمتلك حقائق موضوعية واضحة ضمن نطاقه الصحيح.

عند تطبيق تمييز نوع \علامة على الحالات الذهنية، يمكن تحديد أي حالة ذهنية ذات علامة خاصة على أنها حالة فيزيائية ذات علامة واحدة، بحيث تُفهم على أنها حدث فيزيائي في الدماغ. ومع ذلك، في نفس الوقت، يمكن وصف تلك الحالة ذات العلامة المفردة من خلال مجموعة متنوعة من الأنواع، بالتفاضل بين ما تكون البِنى النظرية قابلةً للتطبيق عليه في سياق معين، على سبيل المثال، فِهم الحالة من خلال النشاط الكيميائي الكهربائي الذي يدرسه علم الأعصاب، الوظائف الإدراكية التي يدرسها علم النفس، السلوكيات التي تدرسها العلوم الاجتماعية. كل نوع من هذه الأنواع المتميزة القائمة-على نظرية يمكن أن ينطبق على ما يمكن أن نقبله على أنه عين ونفس العلامة: الحالة الذهنية للكائن البشري الفيزيائي.

وفي مثال أخير، افترض أنّ جيولوجياً يدرس عصر الغراند كانيون أو الأخدود العظيم، مستخدماً الكيمياء الجيولوجية في دراسة تكوين الصخور، وديناميكيات الموائع في دراسة أثر نهر كولورادو على الصخور، والصفائح التكتونية في دراسة التبدّلات الواسعة النطاق للأرض. وتماماً مثلما أنّ هذه المنظورات النظرية المختلفة قد تتلاقى في الفهم الموضوعي لهدف الدراسة ذي العلامة الواحدة، من دون الحاجة إلى المعارضة أو المنافسة، فقد يقوم الطبيب النفسي أيضاً بالتحقيق في اضطراب ذهني معين من خلال أُطر نظرية متعددة تنطبق جميعها على عين ونفس موضوع العلامة: الحياة الذهنية للكائن البشري. في كلتا الحالتين، يمكن أن تعمل الاعتبارات المتعددة معاً بطريقة دقيقة ومتكاملة، من دون أن تستبعد الحقيقة الموضوعية أو تؤول إلى الانتقائية النسبوية.

من خلال الوضوح الذي يوفره تمييز نوع\علامة، يمكننا أن نرى أنّ النموذج الـ BPS لا تعوقه وجود نظريات متعددة عن الحالات الذهنية. بدلاً من ذلك، يجب علينا أن نقبل أنّ العقل البشري هو ظاهرة معقدة، تقبل الانقياد إلى العديد من الأُطر التفسيرية. وهكذا لا ينبغي أن يُتوقَّع من النموذج الـ BPS أن

يوفّر نظرية واحدة لكي تُستَخدم في جميع الممارسات الطبية النفسية. في الواقع، هو ليس في حد ذاته نظرية تفسيرية، بل بالأحرى إطاراً تعددياً لدمج النظريات المتعددة ضمن التطبيق على النطاق المعقد والمتعدد الجوانب للاعتلالات الذهنية والصحة، ترسّخ في النهاية في الواقع الموضوعي للبشر في العالم. وهكذا، فإنّ وحدة النموذج الـ BPS هي في واقع الحياة البشرية الملموسة نفسها، فيما يتعلق بالأشخاص ككل والشبكة المعقدة من العوامل المرتبطة بحياتهم. في هذا الصدد، فإنّ الطبيعة الشاملة الواسعة للنموذج الـ BPS هي فضيلة وليست عيباً.

References

American Psychiatric Association (2013), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Bertalanffy, L. von (1968), General Systems Theory, New York: Braziller.

Bickle, J. (2003), Philosophy and Neuroscience: A Ruthlessly Reductive Account, Dordrecht: Kluwer.

Butler, J. (2013), Rethinking Introspection: A Pluralist Approach to the First-Person Perspective, New York: Palgrave Macmillan.

Chalmers, D. J. (1996), The Conscious Mind: In Search of a Fundamental Theory, New York: Oxford University Press.

Churchland. P. M. (2005), Functionalism at Forty, Journal of Philosophy, 102:33-50.

Crick, F. (1994), The Astonishing Hypothesis: The Scientific Search for the Soul, New York: Touchstone.

Cuthbert, B. N. and Insel, T. R. (2013), Toward the Future of Psychiatric Diagnosis: The Seven Pillars of RDoC, BMC Medicine, 11:126.

Descartes, R. (1637), Discourse on the Method of Rightly Conducting Ones Reason and Seeking Truth in the Sciences. J. Bennett, trans. 2007. URL= www.earlymoderntexts.com

Engel, G. (1977), The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science. 196:129-136.

Garvey, J., ed. (2015), The Bloomsbury Companion to Philosophy of Mind, New York: Bloomsbury Academic.

Ghaemi, N. (2009), The Rise and Fall of the Biopsychosocial Model: Reconciling Art and Science in Psychiatry, Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Ghaemi, N. (2012), On Depression: Drugs, Diagnosis, and Despair in the Modern World, Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Halligan, P. W. and David, A. S. (2001), Cognitive Neuropsychiatry: Towards a Scientific Psychopathology, Nature Reviews Neuroscience, 2:209-215.

Horwitz, A. V. and Wakefield, J. C. (2007), The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder, New York: Oxford University Press.

Kendler, K. S. and Campbell, J. (2009), Interventionist Causal Models in Psychiatry: Repositioning the Mind-Body Problem, Psychological Medicine, 39:881-887.

Levin, J. (2016), Functionalism, The Stanford Encyclopedia of Philosophy. E. N. Zalta, ed. URL= https://plato.stanford.edu/archives/win2016/entries/functionalism

Nesse, R. M. (2005), Evolutionary Psychiatry and Mental Health, pp. 903-927. In The Handbook of Evolutionary Psychology. D. Buss, ed. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.

Reininghaus, U. and Morgan, C. (2014), Integrated Models in Psychiatry: The State of the Art, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49:1-2.

Ryle, G. (1949), The Concept of Mind, Chicago, IL: The University of Chicago Press.

Skinner, B. F. (1953), Science and Human Behavior, New York: The Macmillan Company.

Smart, J. J. C. (2017), The Mind/Brain Identity Theory, The Stanford Encyclopedia of Philosophy. E. N. Zalta, ed. URL= https://plato.stanford.edu/archives/spr2017/entries/types-tokens/

Tavakoli, H. (2009), A Closer Evaluation of Current Methods in Psychiatric

Assessments: A Challenge for the Biopsychosocial Model, Psychiatry, 6:25-30.

Wetzel, L. (2014), Types and Tokens, The Stanford Encyclopedia of Philosophy. E. N.

Zalta, ed. URL= https://plato.stanford.edu/archives/spr2014/entries/types-tokens/

الفصل الرابع

"أليست الاضطرابات الذهنية مجرّد اختلالات في توازنات المواد الكيميائية؟"، "أليست الاضطرابات الذهنية مجرّد اختلالات وظيفية في الدماغ؟"، وغيرها من الأسئلة الشائعة حول الاضطرابات الذهنية

جينجر هوفمان

في خضم دَورتي التمهيدية في فلسفة الطب النفسي، دائماً ما يطرح الطَلَبة هذه الأسئلة: "أليست الاضطرابات الذهنية مجرّد اختلالات في توازنات المواد الكيميائية؟" و"أليست الاضطرابات الذهنية مجرّد اختلالات وظيفية في الدماغ؟" عادة ما تُقدَّم هذه الأسئلة كَرُدود على مناقشاتنا الشاملة حول طبيعة الاضطرابات الذهنية، على سبيل المثال، كَرُدود إيجابية على السؤال المحدد هل الاضطرابات الذهنية هي ببساطة اعتلالات أصلية "كَمرَض السكري بالضبط". تُعدّ مثل هذه الردود معقولة ولا مفرّ منها، بالنظر إلى تماسكها مع التوصيف المهيمن الحالي لمجتمعنا عن الاضطرابات الذهنية (يُشار إليها أيضاً بـ "الاختلافات الذهنية"، "الاعتلالات الذهنية"، "الإعاقات الطبية النفسية"، "الحالات الطبية النفسية")[1].

---

(1) إنّ المصطلح المختار لوصف الاختلافات الذهنية جدلي للغاية. فما أعنيه بـ "الاختلافات الذهنية" تلك الحالات السلوكية والذهنية التي يراد التقاطها وذكرها ضمن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية (DSM) لجمعية الطب النفسي الأمريكية، والتصنيف الدولي للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية (ICD). فقد ضمّنوا الميول والحالات التي تقع تحت العناوين المتضمنة "اضطراب

الاكتئاب الرئيسي" (من الآن فصاعداً "الاكتئاب")، "انفصام الشخصية"، "اضطراب الوسواس القهري" (من الآن فصاعداً "OCD")، "اضطراب القلق المعمّم"، "اضطراب ثنائي القطب"، "اضطراب الشخصية الحدّي"، "اضطراب الطيف التوحّدي"، "اضطراب فرط الحركة ونقصان الانتباه" (من الآن فصاعداً "ADHD")، إلخ. إنّ سبب الجدل حولها هو أنّ بعض الناس يعتقدون أنّ هذه الاختلافات هي اعتلالات \اضطرابات (بعبارة أخرى، من الأفضل أن يتم وصفها عبر النموذج الطبي)، والبعض الآخر يعتقد أنها أشكال غير مرَضية من التنوّع العصبي والذهني ويتعين قبولها والاحتفاء بها (بعبارة أخرى، من الأفضل أن يتم وصفها عبر نموذج التنوّع العصبي)، ويعتقد غيرهم أنها كلتا الحالتين، وآخرون يعتقدون أنها شيء آخر تماماً. أنا أُفضّل مصطلح "الاختلافات الذهنية" لأنه يتوافق مع جميع المواقف المذكورة أعلاه، وبالتالي فهو متوافق مع الاعتقادات والتفضيلات الخاصة بالأفراد. ومع ذلك، لسوء الحظ، يبدو أنّ مصطلح "الاختلافات الذهنية" غير معترف به في مجتمع اليوم. ولهذا السبب، فإنّ استعمالي له قد يُعتّم معنى أجزاء معينة من هذا الفصل للقراء الحاليين. وعليه، سأستخدم "الاختلافات الذهنية" عندما يسمح السياق بذلك، لكنني سأستخدم "الحالات الطبية النفسية" على نحوٍ أكثر شيوعاً (أو أحياناً "الاضطرابات الذهنية") للإشارة إلى أنّ هذه الاختلافات هي، بغض النظر عن النتيجة، أهداف للممارسات الطبية النفسية والنفسية السريرية. وفي سياق توظيف هذه المصطلحات التقليدية، لا أنوي بأي حال من الأحوال استبعاد احتمالية نموذج التنوّع العصبي. إضافة إلى ذلك، عند وصف الأفراد الذين ليس لديهم اختلافات ذهنية (ما يسمون بـ الأشخاص "العقلاء"، بفرض وجود مثل هؤلاء الأشخاص)، فإنني أستخدم "النموذجيون عصبياً=neurotypicals" أو "النموذجيون =typicals"، لأنّ "النموذجيين عصبياً" مصطلح ترسّخ داخل مجتمع التنوّع العصبي. عند وصف الأفراد ذوي الاختلافات الذهنية، غالباً ما أستخدم "الأشخاص ذوي الحالات الطبية النفسية"، للأسباب المذكورة أعلاه (في المقام الأول، "قيمة التمييز أكبر للحالات الطبية النفسية"). وأُفضّل استخدام، وأحياناً هنا، "الأشخاص المتنوعين عصبياً" أو "الأشخاص المختلفين ذهنياً". ومع ذلك، تجدر الإشارة إلى أنّ هنالك مشكلتين محتملتين مع هذا الاصطلاح. الأولى، من غير الواضح أنّ هنالك أي خط فاصل يمكن الدفاع عنه يفصل بين المجموعتين المتمايزتين بوضوح من الأشخاص: أي النموذجين عصبياً والمتنوعين عصبياً. بدلاً من ذلك، من المحتمل جداً أن يكون كل فرد متنوّعاً عصبياً بطريقة ما، أو على الأقل، أنّ هنالك درجات من التنوع العصبي تفشل في الإقرار بوجود أي خط واضح بين "المتنوع" و"غير المتنوّع \النموذجي".

خذ بعين الاعتبار السرد الشخصي (التقديمي) الآتي:

عندما كان عمري 17 عامًا، أصبحتُ مكتئباً جداً لدرجة أنّ ما شعرتُ به كان أشبه بثقب أسود هائل ظهر في صدري. لا يفارقني أينما ذهبت. ولكي أُعالج مشكلة الثقب الأسود، أخذني والداي إلى طبيبة نفسية في مستشفى

الثانية، حتى لو كانت هنالك فئتان قابلتين للتمييز - "المتنوعين عصبياً" و"النموذجيين عصبياً" - فإنّ بعض الدراسات تقدّم بالفعل دليلاً على أنّ غالبية السكان (حوالي 83 بالمائة) (Schaefer et al. 2017) يستوفون المعايير التشخيصية للحالات الطبية النفسية عند بعض المراحل من حياتهم، وبالتالي، سينتمون ظاهرياً إلى مجموعة المتنوعين عصبياً (بافتراض أنّ المعايير التشخيصية تلتقط بدقة ظاهرة التنوّع العصبي، وهو أمر مشكوك فيه). في هذه الحالة، سيكون الأفراد المتنوعون عصبياً، على نحوٍ مربك، نموذجيين في الواقع من الناحية الإحصائية. علاوة على ذلك، حتى لو استخدمتُ أنا والآخرون "المتنوعين عصبياً" و"المختلفين ذهنياً" على نحوٍ متبادل، فإنه ليس من الحكمة، ولا من الدقة دائماً، أن نخلط العصبي مع الذهني. قد يمتلك الفرد نشاطاً دماغياً متنوعاً \غير نموذجي، ومع ذلك يُعتبر أيضاً نموذجياً ذهنياً. والعكس أيضاً صحيح. على أية حال، لقد أصبح مصطلح "المتنوّع عصبياً" مترسخاً إلى حدٍ ما على أنه يعني "المتنوّع ذهنياً". وبالتالي، فإنّ لهذا المصطلح أوجه قصور بالتأكيد. ومع ذلك، قد يكون حالياً أقل الخيارات المتاحة إشكاليةً. أخيراً، عندما يكون هناك ما يستلزم خصوصية أكثر (مثل، عند الإشارة إلى الأفراد الذين يستوفون معايير اضطراب الاكتئاب الرئيسي)، سأستخدم "مكتئب" و"شخص ذو اكتئاب" على حدٍ سواء. هنالك نقاش محتدم بشأن ما إذا كانت "لغة الشخص-أولاً [person-first language]" (مثل، شخص ذو اكتئاب) أكثر أو أقل احتراماً من "لغة التحديد أو الهوية-أولاً [identity-first language]" (مثل، مكتئب) [الصيغة الأولى تصف ما في الشخص بدلاً من تأكيد من هو وغرضها منع التهميش أو التجريد من الإنسانية عن قصد أو غير قصد، أما الصيغة الثانية فيحبذها من يرى أنّ إعاقته هي جزء مهم من هويته وكنوع من التنوّع غير المخجِل في المجتمع- المترجم]. يمكن المجادلة بأنه يتعين على الأفراد اختيار مصطلحهم المفضّل بأنفسهم. لكن نظراً لأنني أُشير إلى أفراد غير معروفة تفضيلاتهم (أو ببساطة إلى أفراد غير مُعيّنين)، فسأستخدم كلا المصطلحين (على نحوٍ متبادل نوعاً ما) لتمثيل كِلا الاختيارين المحتملين.

جونز هوبكنز. فأجرت تقييماً وأخبرتني هذه القصة: "المشكلة فيك"، ووضحّت قائلةً، "إنّ لديك خللاً في التوازن الكيميائي. إنه بيولوجي تماماً مِثلَ مرض السكري، لكنه في دماغك. حيث تكون المادة الكيميائية في دماغك المسمّاة السيروتونين منخفضة للغاية. ولا يوجد ما يكفي منها، وهذا ما يُسبِّب خللاً في التوازن الكيميائي. فنحتاج أن نعطيك دواءً لتصحيح ذلك". ثم سلّمت والدتي وصفة طبّية للبروزاك. (Spiegel 2012)[2]

يهدف هذا الفصل إلى الإجابة على سؤالي العنوان (من الآن فصاعداً يُدرسان سوية باعتبارها "سؤال المواد الكيميائية\الدماغ") وإلى استكشاف تبعات الإجابة على الفروضات والمخاوف والأسئلة المقترنة - بشكل خاص، على السؤال الأكبر المتمثل فيما إذا كانت الحالات الطبية النفسية اعتلالات أصلية "كَمرَض السكري بالضبط". وإلى معاينة استنتاجاتها، فهي تجيب على سؤال المواد الكيميائية \الدماغ من خلال نزعة لاأدرية، لكنها تؤكد كذلك على أنه حتى لو كانت الحالات الطبية النفسية، في الواقع، مرتبطة بقوة بالاختلافات الكيميائية والدماغية، فإنّ هذا بمفرده لا يستلزم بالضرورة أن تكون الحالات الطبية النفسية عبارة عن اضطرابات أو اعتلالات أصلية. على هذا النحو، سيكشف هذا الفصل أنّ سؤال المواد الكيميائية\الدماغ، سواء أنّ كان سائليه يُدركونه أم لا، هو سؤال فلسفي بالأساس، ولذلك، فإنّ إجابته يجب أن تعتمد على العمل في فلسفة الطب النفسي وفلسفة العقل - وليس فقط على علوم الأعصاب[3].

---

(2) هنالك بيانان مماثلان آخران:

1. "من المعروف عن الاكتئاب أنه نتيجة نقصان في بعض المواد الكيميائية العصبية أو الناقلات العصبية، خاصة النورأيبنفرين والسيروتونين". (من كتاب المساعدة الذاتية المعنون بـ Change Your Brain Change Your Life (Amen 1998: 47)).

2. "في حين أنّ السبب غير معروف، فإنّ الاكتئاب قد يرتبط باختلال في توازنات المواد الكيميائية الطبيعية بين الخلايا العصبية في الدماغ. يعمل الوصف الطبي لـ Zoloft على تصحيح هذا الخلل في التوازن". (من الإعلان التجاري التلفزيوني لمضاد الاكتئاب الـ Zoloft (2001)).

وكنهج واحد للإجابة على سؤال المواد الكيميائية\الدماغ وما يرافقه من أسئلة، يستعرض هذا الفصل ما يمكننا وما لا يمكننا استنتاجه حول الحالات الطبية النفسية بالنظر إلى الوجود المفترض للاختلافات الكيميائية أو الدماغية المقترنة بها. وهكذا، هنالك طريقة أخرى لصياغة السؤال الرئيسي لهذا الفصل هي: "ما الذي يمكن أن تخبرنا به بالفعل نتائج دراسات العلوم العصبية والكيمائية العصبية عن الحالات الطبية النفسية؟"

صِلة سؤال المواد الكيميائية\الدماغ بفلسفة الطب النفسي

كيف تُعدّ الإجابة على سؤال المواد الكيميائية\الدماغ مهمةً لفلسفة الطب النفسي، وهامة بشكل عام؟ أولاً، تذكّر أنّ أحد الأسئلة المركزية في فلسفة الطب النفسي هو السؤال المذكور سابقاً حول ماهية الحالات الطبية النفسية: هل هي اعتلالات أصلية "مِثَل مرض السكري بالضبط"، أم أنها أشكال غير مرَضية من التنوّع العصبي تستحق الاحترام؟ (أو شيء ما بين ذلك؟ أو شيء آخر بالكامل؟). اعتماداً على كيفية تأويل سؤال المواد الكيميائية \الدماغ، فإنّ الإجابة الإيجابية عليه قد تدعم خيار الاعتلال الأول. وهكذا، ما إذا كانت هذه الإجابة الإيجابية صحيحة، وما إذا كانت توفّر بالفعل مثل هذا الدعم، فإنّ لها عواقب واضحة على هذا الجدل الرئيسي في فلسفة الطب النفسي. وبما أنّ فلسفة الطب النفسي هي مجال متداخل مع حياتنا اليومية، فإنها تحمل أيضاً في ثناياها تداعيات شخصية وسياسية مهمة. فعلى سبيل المثال، التفكير في الذات على أنها معتلة أو متنوعة يمكن أن يغيّر من تصوّر الشخص لذاته، واحترامه لذاته، وقبوله لذاته، واحتمالات أن يعيش حياة مزدهرة. كما أن طريقة تصنيف المجتمع للناس بأنهم يعانون مما يسمّى الحالات الطبية النفسية (مثل، المعتل إزاء المتنوع) لها آثار واضحة على وصمة العار التي يواجهونها، وعلى التمويل الذي ترغب الدولة في توفيره لعلاجهم، وعلى أماكن إقامتهم، و\أو دعم الإعاقة، وعلى الآراء التي يحملها الآخرون حول مستويات كفاءتهم ومسؤوليتهم واستحقاقهم اللوم، على سبيل المثال لا الحصر.

الطريقة الأخرى التي يتقاطع فيها سؤال المواد الكيميائية\الدماغ مع فلسفة الطب النفسي هي عبر تحدّيه المبدئي لأهمية المجال نفسه. أي إذا كانت الحالات الطبية النفسية هي "مجرّد" اختلالات في المواد الكيميائية\الوظائف الدماغية، حينئذ قد يتساءل المرء لماذا نحتاج إلى البدء بفلسفة الطب النفسي من الأساس: ألن يكون من الأفضل أن يتم حلّ الألغاز الملحة حول الحالات الطبية النفسية عن طريق العلماء؟ هنالك إجابتان فوريتان على هذا، الأولى، حتى لو كان من الأفضل أن يتم التحقيق في جميع جوانب الحالات الطبية النفسية بشكل مباشر داخل نطاق العلم، فإنّ ذلك لا يعني أنّ التحقيق الفلسفي للعلم نفسه سيتم تفاديه. خذ بعين الاعتبار أهمية كل من فلسفة العلم والأخلاقيات البيولوجية بالنسبة للأسئلة العلمية "الخالصة" داخل حقول كالفيزياء، وعلم الوراثة، والطب البيولوجي. الثانية، إنّ سؤال المواد الكيميائية\الدماغ يفشل في التغلّب على فلسفة الطب النفسي لأنه هو نفسه سؤال فلسفي. فهو، على سبيل المثال، يستلزم الحصول على إجابات بشأن العلاقات بين العقل والدماغ – المشروع المركزي لفلسفة الطب النفسي وفلسفة العقل بشكل أعم.

لذلك، سيتم فيما يلي دراسة الأشكال المختلفة لسؤال المواد الكيميائية\الدماغ بالتتابع، إلى جانب عدد من الأسئلة الضمنية والفروضات المصاحبة لها.

سؤال البداية: ألسنا نعلم بالفعل أنّ الحالات الطبية النفسية هي مجرّد اختلالات في المواد الكيميائية و\أو الوظائف الدماغية؟

غالباً، ما تتم صياغة سؤال المواد الكيميائية\الدماغ بطريقة توحي "أننا" (العلماء، وبالتالي الجمهور العام) نمتلك **بالفعل** إجابة إيجابية. يقدّم هذا التأطير نقطة انطلاق مفيدة لاستكشافنا التالي لمجموعة من التأويلات الخاصة بهذا السؤال. على أية حال، سنبدأ بوضع مكوّنين منه جانباً:

1 – إنّ عبارة "**هي مجرّد**"، التي يبدو أنها تنطوي على نوع من الاختزالية –

ربما تُشير إلى أنّ كل شي حول الحالات الطبية النفسية يمكن فهمه بشكل تام من خلال الضوابط العلمية. سنعود إلى معالجة هذه الاحتمالية عند مناقشتنا السؤال الثالث.

2 - إنّ فكرة وجود "**اختلال**" في التوازنات أو الوظائف تحمل في ثناياها افتراضاً معيارياً مهماً (يتمثل في أنّ الاختلافات الكيميائية والدماغية تُعدّ سيئة) يستحق الدراسة بحد ذاته - هذه هي مهمة الإجابة على السؤال الرابع. وحتى ذلك الحين، سنأخذ بعين الاعتبار الاختلافات الكيميائية والدماغية التي قد تقترن بالحالات الطبية النفسية، متخلّين عن أيٍ من الافتراضات المتعلقة بصلاح أو سوء هذه الاختلافات[4].

وبوضع "هي مجرّد" و"اختلال" جانباً يستكين السؤال.

---

(3) أكتب هذا باعتباري شخصاً يعمل حالياً فيلسوفاً، وكان سابقاً أخصائياً في علوم الأعصاب يبحث في الآليات البيولوجية الأساسية المرتبطة بالحالات الطبية النفسية. انتقلتُ إلى الفلسفة من أجل الإجابة على الأسئلة المتعلقة بالحالات الطبية النفسية التي لم أتمكّن من الإجابة عليها عبر علم الأعصاب وحده.

(4) لتوضيح بعض المصطلحات: يتكون الدماغ من الحالات الدماغية، الخصائص الدماغية، العمليات الدماغية، بما في ذلك نشاط أجزاء مختلفة من الدماغ، حجم وشكل المناطق الدماغية المختلفة، حجم وشكل الخلايا العصبية (المسمّاة "العصبونات")، كميات من بروتينات معينة، مستويات بعض المواد الكيميائية (مثل الناقلات العصبية)، عدد المشابك (الفراغات بين الخلايا العصبية الفردية التي يحدث الاتصال بينها)، وما إلى ذلك. سأستخدم مصطلحات "الحالة الدماغية"، "الاختلاف الدماغي"، و"الميزة الدماغية" بشكل متبادل للإشارة إلى هذه الجوانب والجوانب الأخرى. إضافة إلى ذلك، سأستخدم "الاختلاف الكيميائي" للإشارة إلى الميزات الكيميائية للفرد أو المجموعة (مثل، مستوى الناقل العصبي X في المنطقة الدماغية Y). وبالمثل، فإنّ العقل يتكون من الحالات الذهنية (تضم الأمثلة الانفعالات، الحالات المزاجية، الاعتقادات، الرغبات، الذكريات، الأفكار، النوايا) والعمليات الذهنية (تضم الأمثلة حساب مسألة جمع معينة؛ التباحث بشأن مَن سَيُطلب منه الحضور إلى الحفلة). على أية حال، سأستخدم هذه المصطلحات "الحالة الذهنية"، "الاختلاف الذهني"، و\أو "الميزة الذهنية" بشكل متبادل للإشارة إلى أيٍ مما سبق. وبذلك، يشير "الاختلاف الدماغي"، و"الاختلاف الكيميائي"، و"الاختلاف

1 - السؤال الأول (سؤال البداية، لكن معدَّل): ألسنا نعلم بالفعل أنّ الحالات الطبية النفسية تقترن باستمرار باختلافات كيميائية و\أو دماغية معينة؟

دعونا في أول الأمر نركّز على مسألة الاختلافات الكيميائية، ومن ثمَّ بعد ذلك على مسألة الاختلافات الدماغية.

1.1. ألسنا نعلم بالفعل أنّ الحالات الطبية النفسية تقترن باستمرار باختلافات كيميائية معينة؟

الإجابة المختصرة هي "ليس صحيحاً". لا يعني هذا القول إنه ليس هنالك دليل على وجود اختلافات كيميائية متوسطة بين الأشخاص الذين يعانون من بعض الحالات الطبية النفسية والأشخاص الذين لا يعانون منها، لكنّ هذا الدليل (أعتقد أنّ معظم الأطباء النفسيين وعلماء الأعصاب سيتفقون على ذلك من دون تردد) غير قاطع. قد يكون هذا مفاجئاً، بالنظر إلى انتشار فكرة أنّ الحالات الطبية النفسية هي اختلالات في التوازنات الكيميائية. لكن أولاً، تذكّر أنه عندما يتم تشخيص المرء بالاكتئاب، أو الفصام، أو اضطراب نقصان الانتباه، إلخ، فإنّ تشخيصه لا يستند إلى أي قياس لمستوياته "الكيميائية" الفردية - إذ لا يتم إجراء اختبار للدم أو غير ذلك من الفحوصات المختبرية. يوضّح فالنتشتاين هذه النقطة عند تفكيك المماثلة الشائعة المتمثلة في أنّ "العقاقير الطبية النفسية تعالج الاضطرابات النفسية بنفس الطريقة التي يعالج فيها الأنسولين مرض السكري" (Valenstein 1998: 221). إذ يكتب قائلاً:

عندما يتم وصف الأنسولين لمرضى السكري، فإنه لا يكون إلا بعد إجراء

الذهني" ببساطة إلى الطرق التي يبرز فيها الدماغ، أو الكيمياء، أو عقل الفرد أو المجموعة عن الفرد أو المجموعة المقارنة؛ في هذا الفصل، لا تقتصر هذه المصطلحات على تلك الحالات المقترنة بالحالات الطبية النفسية فقط.

> اختبار موثوق لمستوى أيض الجلوكوز لدى المريض، ومن خلاله، في غالب الحالات، يمكن الاستدلال على نقص الأنسولين. يمكن أن تستند جرعة الأنسولين الموصوفة إلى التقدير الجيد على نحوٍ معقول لمقدار النقص. علاوة على ذلك، لدينا كذلك فهم جيد لكيفية تنظيم الأنسولين لأيض الجلوكوز وكيف يمكن أن يؤدي نقصان هذا الهورمون إلى ظهور أعراض مرض السكري. في تناقضٍ حاد، إنّ الطبيب النفسي لا يُجري فحصاً مختبرياً لتحديد ما إذا كان لدى المريض الذهني أي زيادة أو نقصان في المواد الكيميائية. (Valenstein 1998: 222)

والأكثر من ذلك، أنّ الطبيب النفسي لن يعرف على وجه اليقين أي نوع من الفحص المختبري يتعين إجراؤه، لأنه ليس هنالك إجماع حالي بشأن أي الاختلافات الكيميائية يمكن أن تُعبّر بشكل موثوق عن الحالات الطبية النفسية المختلفة.

ومع ذلك، مرة أخرى، لا يعني هذا القول إنه ليس هنالك دليل على وجود اختلافات كيميائية مقترنة بالحالات الطبية النفسية. فعلى سبيل المثال، في حالة الاكتئاب، كانت هناك عدد من الدراسات التي تشير إلى وجود اختلافات في مستويات أيض الناقلات العصبية (خاصة، نواتج الناقلات العصبية المحطّمة) في الدم أو السائل النخاعي للأشخاص المكتئبين مقارنة بالنموذجيين عصبياً. لكن: هذا قياس غير مباشر لما يحدث في الدماغ، وهو قياس غير مباشر على نحو أكبر لما قد يحدث في مناطق معينة من الدماغ. لقد لاحظَ علماء الأعصاب والأطباء النفسيون عدم المباشرة هذه منذ فترة طويلة، لدرجة أنه يمكن على نحوٍ آمن استنتاج أنّ نظرية[5] "اختلال التوازن الكيميائي" التبسيطية ترفضها بشكل

---

(5) ما الذي يمكن اعتباره "نظرية تبسيطية لاختلال التوازنات الكيميائية"؟ الأمثلة الأولية هي تلك التي توضحها الاقتباسات في المقدّمة وتلك التي في الحاشية 2 (Amen 1998; Spiegel 2012; Zoloft 2001) . مثلاً، النظرية التي مفادها أنّ الاكتئاب يتم وصفه بشكل تام من خلال "انخفاض السيروتونين في الدماغ".

صريح الحكمة الحالية في علوم الأعصاب والطب النفسي. وإليك هذين الاقتباسين النموذجيين:

1 - وفقاً لـ Ronald Pies، وهو طبيب نفسي: "في الحقيقة، دائماً ما كانت فكرة 'اختلال التوازنات الكيميائية' نوعاً من الأسطورة الحضارية - ولم تكن نظريةً رُوِّج لها بجدية من قِبَل أطباء نفسيين واسعي الاطّلاع" (2011).

2 - وفق ما يمكن أن يُعدّ المرجع الأكثر موثوقية وشعبية في علم الأدوية النفسي الذي يستخدمه الأطباء النفسيون: "ليس هنالك دليل واضح ومقنع على أنّ نقصان أُحادي الأمين (نوع من الناقلات العصبية و"مادة كيميائية") يفسّر الاكتئاب - أي ليس هنالك نقصان 'حقيقي' لأحادي الأمين" (Stahl 2013: 267)[6].

(6) وهذان اقتباسان إضافيان:

1. من كتاب مرجعي عن علم أعصاب الطب النفسي: "لقد فشلت دراسات مستويات الناقلات العصبية في البلازما، والسائل النخاعي، والنسيج الدماغي في العثور على تناقصات في المرضى المكتئبين مقارنة بأقرانهم الأصحّاء" (Higgins & George 2013: 252).

2. وفقاً لـ Bruce Levin، عالم نفس سريري: "لقد عرفَ الأطباء النفسيون ذوي الاطّلاع الواسع منذ فترة طويلة أنّ انخفاض مستويات السيروتونين (أو ناقل عصبي آخر) لم تكن سبب الاكتئاب. فقد ذكر الدليل الأساسي للجمعية الأمريكية الطبية للاكتئاب في عام 1998: إنّ الرابط بين المستويات المنخفضة للسيروتونين والاعتلال الاكتئابي غير واضح. لأنّ بعض الأشخاص المصابين بالاكتئاب لديهم مستويات عالية جداً من السيروتونين" (Levin 2014).

انظر أيضاً Spiegel (2012). إضافة إلى ذلك، انظر Delgado (2000) للاطلاع على أدلة تدعم "فرضية نقصان أحادي الأمين" للاكتئاب ("نظرية اختلال التوازن الكيميائي" الأولية) والنتيجة التي مفادها أنّ "التحقيق المكثّف أخفقَ في العثور على أدلة مقنعة عن الاختلال الوظيفي الأولي في نظام أحادي الأمين المحدد في المرضى المصابين باضطراب الاكتئاب الرئيسي" (7). كما استعرض أيضاً Belmaker & Agam (2008) أدلةً على فرضية نقصان أحادي الأمين وخلُصا إلى: "إنّ العديد من الدراسات عن أيض النورأبنفرين والسيروتونين في البلازما، والبول، والسائل النخاعي، وكذلك الدراسات التشريحية لأدمغة مرضى الاكتئاب لم تحدد بَعْد النقصان المزعوم بشكل موثوق" (56).

على أية حال، قد يبقى المرء مصرّاً على أننا نمتلك أدلة وفيرة عن الاختلاف الكيميائي من مصدر مختلف: أي من حقيقة أنّ العديد من العلاجات الدوائية الناجحة للحالات الطبية النفسية تعمل عبر تغيير "التوازن الكيميائي" [7] للفرد. لكن، مجرّد أن يسبّب الدواء تغييراً في التوازن الكيميائي للمرء لا يعني أنّ هنالك اختلالاً في التوازن الكيميائي أو اختلافاً حاضراً لنبدأ به. تقدّم Johanna Moncrieff، طبيبة نفسية، مثالاً مقتضباً: "يمكن أن يكون الكحول مفيداً للقلق الاجتماعي، لكنّ هذا ليس لأنّ الأشخاص يعانون من نقص الكحول" (Moncrieff 2016: 158)[8].

2.1. ألسنا نعلم بالفعل أنّ الحالات الطبية النفسية تقترن باستمرار باختلافات دماغية معينة؟ تعتمد الإجابة على مدى صرامتنا في تعريفنا لـ "الاستمرار"[9]. إذا كنا نرغب في تعريف "الاستمرار" بشكل

---

(7) بلغة أكثر دقة، هنالك أدلة على أنّ العديد من العلاجات الدوائية (بما في ذلك بعض مضادات الاكتئاب ومضادات الذهان) تغيّر التوازن (الكيميائي) لمستويات الناقلات العصبية في المشابك العصبية.

(8) إضافة إلى ذلك، خذ بعين الاعتبار حالة مضادات الاكتئاب. إذ على الرغم من أنّ مضادات الاكتئاب تغيّر بشكل مؤكد في الغالب التوازن (الكيميائي) للناقلات العصبية للمريض بطريقة ما، إلا أنه على الأرجح ليس هذا هو عملها العلاجي النهائي. فعلى سبيل المثال، من المفترض أنّ يُزيد مضاد الاكتئاب مثل Prozac كمية السيروتونين (ناقل عصبي) في أجزاء معينة في الدماغ في غضون فترة قصيرة بعد تناوله، لكنه قد يستغرق من أسبوعين إلى ثمانية أسابيع تقريباً حتى يكون له تأثير علاجي بالفعل. لذا، فإنّ الزيادة المبدئية في مستويات الناقل العصبي بواسطة الـ Prozac، على هذا النحو، لا يبدو أنها تمثّل التوصيف الصحيح لعمله العلاجي النهائي.

(9) لماذا نهتم بـ "الاستمرار" على أية حال؟ الاستمرار أو الثبات يعني، بشكل تقريبي، أنه يمكننا أن نثق في أننا سنحصل بشكل موثوق على نفس النتيجة مرارًا وتكرارًا. بعبارة أخرى، إنه يعني أنّ النتيجة التي قيد النظر يمكن الاعتماد عليها، وليست عُرضة للنتائج المتناقضة. والمثير للدهشة، أنّ العديد من العلماء لا يسعون إلى إعادة إنتاج النتائج التي توصّلوا إليها أو التي توصّل إليها الآخرون، ويُعزى ذلك إلى حدٍ كبير إلى الضغوط المؤسساتية والاقتصادية والاجتماعية-السياسية عليهم لنشر نتائج

فضفاض[10]، فإنّ الإجابة هنا قد تكون في الحقيقة "نعم". على الأقل، يمكن القول إنّ الأدلة على أنّ المتنوعين عصبياً (في المتوسط) يمتلكون ميزات دماغية مختلفة عن النموذجيين العصبيين (في المتوسط) أكثر إقناعاً من تلك الخاصة بالاختلافات الكيميائية. يمكن أن يؤكد الكثيرون على أنّ هنالك عدداً هائلاً من الدراسات (أكثر من 15000) (Krystal & State 2014: 206) التي أسفرت بالفعل عن بعض الاتجاهات العامة بشأن الاختلافات الدماغية بين المتنوعين عصبياً والنموذجيين عصبياً[11]. فعلى سبيل المثال، عند التركيز مرة أخرى على حالة

"جديدة" باستمرار. وهذا أمر خطير، لأنه يعني أنّ العديد من النتائج العلمية التي يتم الإبلاغ عنها حالياً قد لا تكون ثابتة ولا تكون صحيحة. ففي ورقة قدّمها Loannidis دافع فيها عن هذا القلق الخطير، معلِناً بشكل صارخ أنّ "معظم نتائج الأبحاث المزعومة باطلة". (2005a: 0696; 2005b)

(10) أي تتكرر النتائج، لكنها لا تزال متناقضة في بعض الأحيان.

(11) بشكل عام، تركّز هذه الأنواع من الدراسات على نوعين مختلفين من ميزات الدماغ: (1) وظيفته (بما في ذلك مستويات النشاط ذات الصلة لأجزاء مختلفة من الدماغ، إما عند استراحة الأفراد، أو عندما يقومون بأنواع معينة من النشاطات العقلية)، و(2) تركيبه (بما في ذلك، على سبيل المثال، حجم بعض المناطق الدماغية وكثافة الروابط المحتملة بين الخلايا العصبية). إنّ كل من وظيفة الدماغ وتركيبه يمكن قياسهما بواسطة تقنيات "المسح الدماغي" (غالباً تصوير الرنين المغناطيسي الوظيفي (fMRI) للوظيفة وتصوير الرنين المغناطيسي التركيبي للتراكيب). أما الجوانب الأكثر تفصيلاً للتراكيب (مثل كثافة الروابط المحتملة بين العصبونات) فيتم تقييمها في بعض الأحيان عبر العينات التشريحية للنسيج الدماغي. إضافة إلى ذلك، غالباً ما يتم إجراء عدد من النتائج العلمية العصبية المتعلقة بالطب النفسي على الحيوانات. للاطلاع على معلومات أكثر عن مجموعة المنهجيات المتاحة انظر .Krystal & State (2014) من المهم أن نكون على دراية بقيود هذه الأنواع المختلفة من المنهجيات. فعلى سبيل المثال، فيما يتعلق بالدراسات الحيوانية، من الصعب معرفة ما إذا كانت الحيوانات تختبر نفس الأنواع من الحالات الذهنية ذات الصلة من الناحية الطبية النفسية. وتواجه التقنيات التشريحية والـ MRIs قيودها الفريدة الخاصة بها (انظر، على سبيل المثال، Dumit 2004؛ Lavazza & De Caro 2009؛ Lewis 2002؛ McCullumsmith & Meador-Woodruff 2011).

الاكتئاب، هنالك ثلاث مناطق في الدماغ يبدو أنها تتغيّر بشكل مشترك في الأشخاص الذين تمّ تشخيصهم مقارنة بالنموذجيين عصبياً: اللوزة [amygdala]، الحُصين [hippocampus]، القشرة الجبهية [frontal cortex] (بما في ذلك العديد من المناطق الفرعية مثل القشرة الحزامية الأمامية والقشرة ما قبل-الجبهية الظهرية الجانبية) (Higgins & George 2013: 252-253)[12].

على أية حال، هنالك عدد من التحفظات. وهاتان اثنتان منها، بدءاً من الأكثر خفاءً وانتهاءً بالأكثر لفتاً للنظر. الأولى، إنّ الاختلافات التي تم الإبلاغ عنها في هذه الدراسات هي بشكل عام عبارة عن اختلافات بين ميزة الدماغ **المتوسطة** لمجموعة من المتنوعين عصبياً وميزة الدماغ **المتوسطة** لمجموعة من النموذجيين عصبياً. تخيّل دراسة ما تبحث عن الاختلافات في مستويات النشاط في المنطقة الدماغية X في مجموعتين من الأشخاص: أشخاص تمّ تشخيصهم بالاكتئاب وأشخاص نموذجيون عصبياً. يمكن أن تتألف كل مجموعة من أفراد يُظهرون جميعهم مستويات مختلفة جداً من النشاط في المنطقة الدماغية X، بحيث إنّ العديد من هؤلاء الأفراد سيقعون بعيداً عن المتوسط بالنسبة لمجموعتهم. في الحقيقة، من الممكن حتى أنّ يُظهر العديد من الأفراد النموذجيين عصبياً مستويات من نشاط المنطقة الدماغية X المميزة "للدماغ المكتئب المتوسط"، وأن يُظهر العديد من الأفراد الذين تمّ تشخيصهم مستوياتٍ من نشاط المنطقة الدماغية X المميزة "للدماغ النموذجي عصبياً المتوسط".

(12) يذكر هيغنز وجورج أيضاً منطقتين أخريين تقترنان بالاكتئاب: (1) المحور الكظري-النخامي-تحت المهادي، وهو دارة توجد في كل من الدماغ والجسم وترتبط بالتوتر، و(2) النواة المتكئة [nucleus accumbens]، وهي منطقة دماغية التي، خلافاً لإفادة هيغنز وجورج، تكون غائبة نسبياً عن عدد من التحليلات والتحليلات التلوية [تحليل التحليل] لتبدلات الدماغ في الاكتئاب (انظر أدناه للاطلاع على استشهادات من هذه التحليلات والتحليلات التلوية) (Higgins & George 2013: 252, 253).

فعلى سبيل المثال، أبلغَ Simons (2018) عن هذا الضرْب من النتائج بالضبط في دراسة حديثة عن اضطراب فرط الحركة ونقصان الانتباه (Hoogman et al. 2017). حيث أفادت هذه الدراسة بأنّ الأجزاء المتوسطة لعدد من المناطق الدماغية في مجموعة الأفراد الذين تمّ تشخيصهم بـ ADHD كانت أصغر من الناحية الإحصائية من الأجزاء المتوسطة للمناطق الدماغية المقابلة في مجموعة النموذجيين عصبياً. وبالرغم من الأهمية الإحصائية بين متوسطات هاتين المجموعتين، إلا أنّ كل مجموعة كانت تتألف من أفراد لديهم مجموعة واسعة جداً من أجزاء المناطق ذات الصلة، بحيث كان من المحتمل أن يمتلك أي فرد معين في أي من المجموعتين جزءاً يشاركه فيه فرد ما في المجموعة الأخرى. بعبارة أخرى، لقد كان هناك تداخل جوهري في نطاقات أجزاء المناطق الدماغية ذات الصلة بين المجموعتين. يكتب سايمون: "قلّة قليلة من الناشزين امتلكت أجزاءً من الدماغ كانت خارج تقلّب المجموعتين فعلياً. وهكذا، من بين 100 شخص مصاب بـ ADHD، فقط خمسة منهم يمكن تَوقُّع حيازتهم أجزاءً من الدماغ لم تكن مساوية لتلك التي لدى الأشخاص في مجموعة 'الأصحاء' القياسية" (Simons 2018؛ انظر أيضاً Holmes & Patrick 2018).

أما التحفّظ الثاني، الأكثر لفتاً للنظر، هو أنّ هذه الدراسات لا تُسفر جميعها عن نفس النتائج؛ فكما ذكرنا سابقاً، إنّ ثباتها "فضفاض" في أحسن الأحوال. تأمل، مرة أخرى، في مثال الاكتئاب. ففي مرجع علم الأعصاب والطب النفسي المذكور سابقاً، يستنتج Higgins & George، "لا يزال إلى الآن، ليس هنالك إجماع حول تبدلات الجهاز العصبي المركزي (CNS) في الدماغ المكتئب" (2013: 253). فقد تم التأكيد بشكل قاطع على هذا الافتقار إلى الإجماع عبر دراسة حديثة أُجريت على تسع وتسعين تجربة تصوير عصبي نُشرت في الفترة من 1997 إلى 2015 والتي تمثّل، على حد علم المؤلفين، "أكبر تحليل تلوي لتجارب التصوير العصبي القائمة-على المَهمة في UD (الاكتئاب [الأحادي القطب]) حتى الآن" (Müller et al. 2017: 53). خلال هذه الدراسات

التسع والتسعون، لم تكن هناك اختلافات دماغية متوسطة يمكن الاعتماد عليها بين الأفراد المشخَّصين بالاكتئاب والنموذجيين عصبياً تصل إلى مستوى الأهمية الإحصائية[13][14]. وهنالك سبب للاعتقاد بأنّ مثل هذه التضاربات تمتد أبعد من الاكتئاب إلى الاضطرابات النفسية الأخرى (انظر Müller et al. 2017: 54؛ Weinberger & Radulescu 2016). إضافة إلى ذلك، شككت عدة دراسات في إمكانية الاعتماد على بعض المنهجيات الرئيسية مثل الـ (MRI) المستعملة في توليد الكثير من البيانات عن الاختلافات الدماغية (Eklunda et al. 2016; Weinberger & Radulescu 2016). حيث يذهب وينبرجر ورادوليسكو إلى حد القول: مكتبة .. سُر مَن قرأ

> نرى أنّ الدراسات الحالية ابتُليت بالكثير من الإرباكات المنهجية المحتملة بحيث لا يسع المرء إلا أن يتساءل، مثله مثل وولفجانج باولي، بشأن ما إذا كانت "هذه النتائج ليست غير صحيحة فحسب، بل غير خاطئة حتى!" وسنحذّر الباحثين والأطباء السريريين ليتوقفوا لوهلة ويعيدوا التفكير بعناية

---

(13) يذكر المؤلفان: "إنّ التحليلات الشاملة عبر تجارب المعالجة الإدراكية (P <.29) وعبر تجارب المعالجة الانفعالية (P < 47) لم تكشف عن نتائج مهمة" (Müller et al. 2017: 47)، وبشكل أكثر وضوحاً، "إنّ نتائج التصوير العصبي لـ UD (الاكتئاب) لم تكن ثابتة عبر التجارب" (2017: 53).

(14) بالإضافة إلى ذلك وبشكل أكثر تحديداً، هنالك دراسات تناقض الحكمة السائدة المذكورة سابقاً فيما يتعلق بجميع المناطق الدماغية الثلاث التي تُعتبر متغيرة باستمرار في الاكتئاب. فعلى سبيل المثال، تمّ الإبلاغ عن نتائج متناقضة بشأن ما إذا كان ما يلي يختلف وكيف ذلك بين الأشخاص المكتئبين والنموذجيين عصبياً:

- حجم اللوزة (Campbell et al. 2004; Price & Drevets 2009; Sheline 2003).
- نشاط اللوزة (Gottlib & Hamilton 2008: 160).
- حجم الحصين (Campbell et al. 2004; Price & Drevets 2009; Sheline 2003).
- حجم القشرة الجبهية (Lorenzetti et al. 2009; Sheline 2003).
- نشاط القشرة الجبهية (Rive et al. 2013; Price & Drevets 2009; Levin et al. 2007: 218; Gottlib & Hamilton 2008: 160; Fitzgerald et al. 2008).

في الاستنتاجات التي يمكن استخلاصها من هذه النتائج المختلفة للـ MRI في الأبحاث الطبية النفسية. (2016: 32)[15].

خلاصة النظر في السؤال 1:
قد نكون أو لا نكون "على دراية مسبقة" بأنّ بعض الحالات الطبية النفسية تقترن باستمرار مع بعض الاختلافات الدماغية؛ وهذا سيعتمد جزئياً على مدى صرامة معاييرنا بالنسبة لـ "الاستمرار". لا سيما وأنّ هنالك أدلة تتحدّى الاستمرار التام للنتائج ذات الصلة. يمكن القول إنّ استمرار الاقترانات بين الحالات الطبية النفسية والاختلافات الكيميائية أقلُّ ترسيخاً حتى.

على أية حال، من المحتمل على نحوٍ مؤكد أن توفّر لنا الأبحاث المستمرة صورة أكثر وضوحاً، وتوحيداً، واتساقاً عن الدماغ والاختلافات الكيميائية بين المتنوعين عصبياً والنموذجيين عصبياً. وهذا يقودنا إلى السؤال 2.

2. السؤال 2: ألا يمكننا (في المستقبل، بمجرّد تقدّم العلم) أن نكون قادرين على معرفة أنّ الحالات الطبية النفسية تقترن باستمرار باختلافات كيميائية و\أو دماغية معينة؟

قد تكون الإجابة هنا "نعم". ربما، بمجرّد تقدّم العلم، سيتم حل مشكلة الافتقار الى الثبات أو الاستمرار المذكور أعلاه وسنكون قادرين على القول بثقة إنّ هناك حالات طبية نفسية تقترن باستمرار مع ميزة دماغية معينة واحدة أو أكثر - على سبيل المثال، اضطراب الوسواس القهري (OCD) يقترن باستمرار مع

(15) بتكرار صدى كلمات باولي، هنالك عدم اتساق حتى فيما إذا كان المؤلفان يعتبران النتائج غير ثابتة أم لا! على سبيل المثال، يناقض غوتليب وهاميلتون بشكل مباشر استنتاجات عدم الثبات الواردة أعلاه من Rive et al. 2013 وFitzgerald et al. 2008 فيما يتعلق بالقشرة الجبهية، قائلين: "لقد تمّ الإبلاغ عن نتائج متسقة على نحوٍ لافِت بشأن شذوذات الأداء في هذه المنطقة (الـ DLPFC- جزء من القشرة الجبهية)" (Gottlib & Hamilton 2008: 2).

زيادة النشاط في العُقد العصبية القاعدية. ومن الناحية الأخرى، قد تكون هنالك أسباب تحول دون هذه الحال، ربما بسبب أشياء مِثل، في هذا المثال، تعقيد الـ OCD، والتباينات الفردية المتنوعة في أداء الدماغ، وما قد يتضح على أنها قيود في القياس العلمي لا يمكن التغلّب عليها. ومع ذلك، ليس من غير المعقول أن نعتقد أننا سنكون قادرين في النهاية على إسناد بشكل واثق ميزة دماغية محددة واحدة أو أكثر إلى اضطراب معين. إذا كان هذا هو الحال، فسنكون، في الواقع، قادرين على معرفة أنّ الحالات الطبية النفسية تقترن باستمرار باختلافات كيميائية و\أو دماغية. لكن: هل يعني هذا أنها اختلافات كيميائية و\أو دماغية؟ والأهم من ذلك، ماذا أيضاً سيسمح لنا هذا أن نستنتج منه بالضبط؟

لذلك، ربما من المستغرب، أنّ السؤالين الأول والثاني ليسا في الحقيقة من الأسئلة المهمة - على الأقل، ليس من جهة ما هي الحالات الطبية النفسية وماذا تعني[16]. فعلى سبيل المثال، حتى لو تمّ اكتشاف اقتران ثابت وموثوق به في المستقبل، فإنّ هذا الاقتران بحد ذاته لا يخبرنا الكثير، إن وجد، حول الحالات الطبية النفسية، ولا حول ما يعنيه أن يتم التشخيص بأحدها. كما أنه لا يحدد ما إذا كانت الحالات الطبية النفسية اعتلالات أصلية (سيتم تقصّي ذلك بشكل موسّع في السؤال 4). ننتقل الآن إلى دراسة هذه الأسئلة الأكثر حيوية، بدءاً من سؤال ما إذا كانت الحالات الطبية النفسية مجرّد اختلافات دماغية (السؤال 3).

خلاصة النظر في السؤال 2

بمجرّد تقدّم العلم، قد نكون قادرين على معرفة أنّ الحالات الطبية النفسية تقترن باستمرار باختلافات كيميائية و\أو دماغية معينة، لكن، الأهم من ذلك، ستبقى هنالك أسئلة حول ما الذي تعنيه تلك الاقترانات.

---

(16) ومع ذلك، فإنها أسئلة مهمة لأهداف أخرى، مثل فهم التفاصيل المرتبطة بكيفية تحسين أو تغيير الحالات الطبية النفسية. انظر مناقشات السؤالين 6 و 7.

3. السؤال 3: ألا يمكننا (في المستقبل، بمجرّد تقدّم العلم) أن نكون قادرين على معرفة أنّ الحالات الطبية النفسية هي مجرّد اختلافات دماغية معينة؟

لقد حدث شيئان عند الانتقال من السؤال 2 إلى السؤال 3. الأول، عادت عبارة "**هي مجرد**" إلى الظهور، لتحل محل عبارة "**تقترن بـ**": لقد حان الوقت لتناول مسألة ما هي الحالات الطبية النفسية بشكل مباشر. ثانياً، تمّ وضع سؤال الاختلافات الكيميائية جانباً لأسباب تتعلق بالمساحة[17].

1.3. مراجعة الأنواع الممكنة من العلاقات بين العقل والجسد

تتطلب إجابة السؤال 3 فهم كيفية الارتباط بين العقل والجسد (بما في ذلك الدماغ). وهذا الفهم يتطلب الإلمام بالعمل المعتمد في فلسفة العقل. ولمعرفة سبب عدّ هذا الإلمام ضرورياً على نحوٍ أكثر تفصيلاً، يتعيّن أولاً، ملاحظة أنّ الحالات الطبية النفسية تتكون من عمليات وحالات ذهنية مختلفة وميزات أخرى (غالباً ما توصف بأنها أعراض)، بما في ذلك الحالات الذهنية مثل الانفعالات، الحالات المزاجية، الذكريات، الرغبات، والعمليات الذهنية مثل الانتباه والإدراك. ولاحِظ أنّ الاختلافات الدماغية تقترن بشكل شائع مع حالات طبية نفسية تتكون من حالات دماغية مختلفة (وميزات دماغية أخرى) (انظر الهامش رقم 4). وهكذا، للتأكد مما إذا كانت الحالات الطبية النفسية "هي مجرّد" اختلافات دماغية، يجب علينا التأكد مما إذا كانت الحالات الذهنية "هي مجرّد" (أو متماهية مع الـ) حالات دماغية. وهذا سؤال فلسفي بالأساس. وبعبارة أخرى، إنّ الفلسفة هي المجال المسؤول بشكل مباشر عن

---

(17) على أية حال، لم يختفِ هذا الموضوع بشكل تام. على الرغم من أنّ التركيز المباشر لما تبقّى من الورقة سيكون على القياسات العلمية العصبية لأداء الدماغ، إلا أنّ بعض المحددات الرئيسية لأداء الدماغ هي، بالطبع، الناقلات العصبية والمواد الكيميائية الأخرى، لذا فإنّ سؤال اختلال التوازنات \الاختلافات الكيميائية لم يختفِ بالكامل.

تقديم الحجج المنطقية والمنهجية لإمكانية وجود أنواع مختلفة من العلاقات بين العقل والدماغ وعن تقديم ما يضاد ذلك. وعليه، إليكم صورة أولية لموقفين فلسفيين رئيسيين يتعلقان بالعلاقة بين العقل والدماغ، كما وينقسم الموقف الثاني إلى نوعين فرعيين.

الثنائية: تتكون الحالات الذهنية والحالات الدماغية من نوعين مختلفين من الجواهر: اللامادي والمادي، على التوالي. وبذلك، لا يمكن أن تكون متماهية [متطابقة] مع بعضها البعض.

على سبيل المثال، قد تكون الحالات الذهنية "مشابهةً للروح" أو مؤلفةً من نوع آخر من "الأشياء" غير الفيزيائية، المنفصلة عن الذرات والمواد الفيزيقية الأخرى التي تشكّل الدماغ. على أية حال، وفقاً لمعظم أشكال الثنائية، فإنه على الرغم من أنّ الحالات الذهنية والحالات الدماغية تتكون من نوعين مستقلين من المكونات الميتافيزيقية، إلا أنها يمكنها أن تتفاعل سببياً مع بعضها البعض. أي أنّ الدماغ يؤثر على العقل والعكس بالعكس. فعلى سبيل المثال، التغييرات في الدماغ (مثل، التغيرات في مستويات الناقل العصبي الناتجة عن مضادات الذهان) يمكن أن تُسبِّب تغييراتٍ في العقل (مثل، إيقاف الهلوسات) والتغييرات في العقل (مثل، التفكير في شيء ممتن له) يمكن أن تُسبِّب تغييراتٍ في الدماغ (مثل، مرة أخرى، تغييرات في مستويات الناقل العصبي في منطقة دماغية محددة).

الفيزيائية: إنّ الحالات الذهنية تتماهى مع الحالات الدماغية، بنفس الطريقة التي يتماهى فيها الماء مع H_2O.

يمكن تقسيم الفيزيائية (على الأقل) إلى نوعين فرعيين: فيزيائية النوع وفيزيائية العلامة. وإذا لم تكن "الفيزيائية" محددة، فإنها تشير عادة إلى فيزيائية النوع. ولفهم الاختلاف بين هذين النوعين، تأمل أولاً في الفصل (المسلَّم به إلى حدٍ ما) بين الأنواع والعلامات. فالعلامة هي حالة فردية أو حدوث لشيء

ما، في حين النوع هو الفئة التي يكون أعضاؤها علامات تشبه بعضها بعضاً تماماً. يتضح هذا الفصل بشكل أكبر من خلال المثال. خذ كلمة "poodle". تحتوي هذه الكلمة على خمسة أنواع من الحروف (أحرف من أنواع ,"o" ,"p" "e" ,"l" ,"d")، لكنها تحتوي على ست علامات من الحروف (هنالك علامتان من نوع الحرف "o"، وعلامة واحدة لكل نوع من أنواع الأحرف الأربعة الأخرى).

وعند تطبيق هذا على نوعيّ الفيزيائية، تنص فيزيائية النوع على أنّ "... الأنواع الذهنية متماهية مع الأنواع الفيزيائية" (Mandik 2014: 133) وتنص فيزيائية العلامة على أنّ "...كل علامة ذهنية تتماهى مع علامة فيزيائية." (Mandik 2014: 133). وبتفصيل أكثر قليلاً:

فيزيائية النوع: يتماهى نوع الحالة الذهنية M مع نوع الحالة الدماغية B. هذا يعني أنّ كل حالة (علامة) من M ستكون دائماً من النوع الذهني M والنوع الدماغي B[18]. على سبيل المثال، قد تقول فيزيائية النوع إنّ نوع الحالة الذهنية "ألم" يتماهى مع النشاط في منطقة الدماغ الرمادية المحيطة بالمَسال [periaqueductal]، وهذا سيكون صحيحاً في جميع الأفراد، وفي جميع السياقات.

فيزيائية العلامة: "كل علامة ذهنية تتماهى مع علامة فيزيائية" (Mandik 2014: 133). وعليه، علامة واحدة من الحالة الذهنية من النوع M قد تكون متماهية مع علامة لنوع من الحالة الدماغية (نوع B) في سياق واحد، في حين أنّ علامة أخرى من الحالة الذهنية M قد تكون متماهية مع علامة لنوع مختلف من الحالة الدماغية (نوع C) في سياق آخر. على سبيل المثال، يمكن أن تقول فيزيائية العلامة إنّ علامة نوع الحالة الذهنية ألم في هايدي تتماهى مع النشاط

---

(18) إضافة إلى ذلك، سنفترض وجود نسخة من فيزيائية النوع ترى أنّ جميع العلامات الذهنية أعضاء من نوع فيزيائي \ذهني واحد على الأقل.

المنخفض في المنطقة الدماغية P عند هايدي، في حين أنّ علامة أخرى من نفس نوع الألم في لافيل تتماهى مع النشاط المعتدل في المنطقة الدماغية Q عند لافيل[19].

2.3. عودة إلى السؤال 3: ألا يمكننا (في المستقبل، بمجرّد تطور العلم) أن نكون قادرين على معرفة أنّ الحالات الطبية النفسية هي مجرّد اختلافات دماغية معينة؟

بعد تقديم بعض المواقف الأساسية في فلسفة العقل، يمكننا الآن رؤية أنّ الإجابة على السؤال 3 تعتمد جزئياً على الموقف الفلسفي الذي يُعدّ صحيحاً. هذا يعني، أنّ كلمة "هي"، في سياق السؤال 3، يمكن اعتبارها تعني "متماهية مع"، وبالتالي ستعتمد إجابة السؤال 3، على الأقل جزئياً، على هل الفيزيائية صحيحة. لسوء الحظ أو لحسن الحظ، ليس هنالك طرف رابح بشكل قاطع في الجدل حول طبيعة العلاقة بين العقل والدماغ. وفيما يتعلق **بالشعبية**، يبدو أنّ العديد من الأطباء النفسيين والفلاسفة (لكن ليس جميعهم) يفضّلون اليوم نوعاً ما من الفيزيائية، لكونهم يشككون في وجود جوهر "شبيه بالروح" أو غير فيزيائي. إلا أنّ الشعبية لا تعني الصحة دائماً، فيُمكن العثور على حجج قوية تدعم أحد المواقف المذكورة أعلاه. وبالتالي، من الأفضل استكشاف الأجوبة المحتملة للسؤال 3 بالتتابع ضمن سياقات المواقف الفلسفية المقدّمة أعلاه.

الأولى، إذا كانت الثنائية صحيحة، فلا يمكننا حينئذ أن نستنتج أنّ

---

(19) على أية حال، لاحِظ أنّ فيزيائية العلامة المعنية بالعقل والدماغ لا تسمح بالاحتمالية التالية: إحدى علامات الحالة الدماغية من النوع B تتماهى مع علامة لأحد أنواع الحالة الذهنية (نوع X) في أحد السياقات، في حين علامة مختلفة للحالة الدماغية B تتماهى مع علامة لنوع مختلف من الحالة الذهنية (نوع Y) في سياق آخر. بعبارة أخرى، تسمح فيزيائية العلامة للحالات الذهنية بأن تكون "متعددة التحقق" عبر علامات فيزيائية مختلفة في سياقات مختلفة، لكنها لا تسمح للحالات الفيزيائية بأن تكون متعددة التحقق عبر علامات ذهنية مختلفة في سياقات مختلفة. انظر Mandik (2014) لمزيد من التفاصيل.

الاختلافات الذهنية المؤلِفة للحالات الطبية النفسية "هي مجرّد" اختلافات دماغية. وسبب ذلك، وفقاً للثنائية، أنّ الحالات الذهنية هي كيانات مستقلة من الناحية الميتافيزيقية عن الحالات الدماغية. على سبيل المثال، قد يقترن وجود نوعٍ من الأفكار الدخيلة في الحالة الطبية النفسية أو يرتبط سببياً باختلاف دماغي معين، لكن لن يكون دقيقاً قول إنه "يتماهى مع" أو "مجرّد" اختلاف دماغي.

على أية حال، إذا كانت الفيزيائية صحيحة، فنحن عندئذ في وضع أفضل لنستنتج بشكل محتمل أنّ الحالات الطبية النفسية هي، في الواقع، (مجرّد) اختلافات دماغية. ومع ذلك، ما إذا كان هذا الاستنتاج مسوّغاً فإنه سيعتمد إلى حدٍ كبير على هل فيزيائية النوع أم فيزيائية العلامة هي الصحيحة. خذ المثال الافتراضي التالي عن الاختلاف الذهني: وجود إحساس باليأس لدى عدد من الأشخاص تمّ تشخيصهم بالاكتئاب، وغيابه من عدد من النموذجيين عصبياً. والآن خذ بعين الاعتبار فيزيائية النوع. على افتراض أنّ اليأس نوعٌ لحالة ذهنية، فإذا كانت فيزيائية النوع صحيحة، عندئذ أي حالة (علامة) لليأس ستتماهى مع حالة (علامة) لنوع مميّز من الميزة الدماغية - سمِّها "الحالة الدماغية H". في هذه الحال، سيكون من المنطقي قول إنّ الحالة الذهنية لليأس هي الحالة الدماغية H. ونظراً لأنّ نفس النوع من القصة من المفترض أن يكون صحيحاً بالنسبة للحالات الذهنية الأخرى التي تميّز الاكتئاب، فمن المنطقي قول إنّ الاكتئاب ذاته هو مجموعة من بعض الميزات الدماغية - يمكن أن يُطلق المرء على هذه المجموعة "النمط الدماغي D".

لذا، إذا كانت فيزيائية النوع صحيحة، فمن المنطقي قول إنّ الحالات الطبية النفسية هي اختلافات دماغية، إضافة إلى ذلك، هي أنواع مميزة معينة من الاختلافات الدماغية. لكن هل من المنطقي أن نذهب إلى أبعد من ذلك ونقول إنها مجرّد (أنواع معينة من) الاختلافات الدماغية؟ من الواضح، أن ذلك يعتمد على ما المقصود بـ "مجرّد". قد توحي "مجرّد"، على سبيل المثال، أنّ كيفية إحساس الفرد المختبِر للحالة الذهنية\الفيزيائية المذكورة (مثل، اليأس) أمرٌ غير

مهم. على أية حال، لا تترتّب مثل هذه الاحتمالية المتطرفة على معظم تأويلات فيزيائية النوع. في المقابل، من المحتمل بشكل مؤكد أن تكون الحالات الذهنية والفيزيائية متماهية، تماماً مثل تماهي الماء مع H_2O، وأنّ المرورَ بها على أنها ذهنية يبقى مهماً[20]. وبالتالي، نظراً لأنّ كلمة "مجرّد" قد تفتح نفسها أمام هذه التأويلات غير المسوّغة والمفرِطة في الاختزال، فمن الأسلم أن نقول: إذا كانت فيزيائية النوع صحيحة، فإنّ الحالات الطبية النفسية هي اختلافات دماغية (أي فقط نُسقِط "مجرّد").

وبالانتقال إلى فيزيائية العلامة، يمكننا رؤية أنه ليس كل الفيزيائيين بحاجة إلى قبول أنّ الحالات الذهنية التي تشكّل بعض الحالات الطبية النفسية تُعدّ متماهية بالضرورة مع أنواع معينة من الاختلافات الدماغية. ولإثبات ذلك، أعد التأمل في مثال اليأس. إذا كانت فيزيائية العلامة صحيحة، فإنّ حالة اليأس لشخص ما في زمن ما يمكن أن تكون متماهية مع، مثلاً، الحالة الدماغية H، في حين حالة أخرى من اليأس لشخص مختلف، و\أو عند زمن مختلف، يمكن أن تكون متماهية، مثلاً، مع الحالة الدماغية I. إضافة إلى ذلك، إذا كانت فيزيائية العلامة تنطبق أيضاً على الحالات الذهنية الأخرى التي تميّز الاكتئاب، فإنّ ظهور الاكتئاب في أحد الأشخاص يمكن أن يتماهى مع مجموعة مختلفة تماماً من الميزات الدماغية (سمّه "النمط الدماغي D") مقارنة بظهور نفس النوع من الاكتئاب في شخص آخر (سمِّه "النمط الدماغي E"). بعبارة أخرى، إذا كانت فيزيائية العلامة صحيحة، فإنّ الاكتئاب يمكن أن يتماهى مع أصناف مختلفة من الاختلافات الدماغية في أفراد مختلفين وسياقات مختلفة، وبالتالي

---

(20) إليك طريقة أخرى للتفكير في الأمر. كما سنناقش في القسم 1،4، إذا كانت فيزيائية النوع صحيحة، فإنّ جميع (أنواع) الحالات الذهنية ستكون متماهية مع (أنواع) الحالات الفيزيائية. فـ الحب، الغضب، الإيمان بالله، إلخ ستكون جميعها متماهية مع الحالات الدماغية. لكن، إذا كان هناك شيء مهم، فخبرة الحب، الغضب، الإيمان بالله ستكون مهمة، بصرف النظر عمّا يصدف أنها مكوّنة منه من الناحية الميتافيزيقية!

سيكون من الصعب قول إنّ الاكتئاب (والحالات الطبية النفسية الأخرى) هي أنواع معينة من الاختلافات الدماغية.

أخيراً، يمكن أن توفّر فيزيائية العلامة، إذا كانت صحيحة، حيلةً غير متوقعة حول ما نميل إلى استنتاجه تلقائياً من فكرة أنّ هناك اختلافات دماغية بين المتنوعين عصبياً والنموذجيين عصبياً. تأمل في التالي، الكثير منا يفترض أنه إذا عثرَ علماء الأعصاب على اختلاف (بين شخصين) في مستويات النشاط في منطقة معينة من الدماغ تقترن غالباً بالقلق (سمِّها "المنطقة الدماغية A")، فإنّ ذلك يعني أنّ الشخص (سمّه راندولف) الذي لديه نشاط متزايد في المنطقة الدماغية A من المفترض أن يعاني من قلق ملحوظ مقارنة بشخص آخر (سمِّها راشمي) لديها نشاط طبيعي [نموذجي] في المنطقة الدماغية A. لكنّ هذا الاستنتاج قد لا يكون مسوّغاً (لأسباب عديدة). أحدها، أنه من الممكن بالفعل، إذا ما كانت فيزيائية العلامة وبعض الحالات الأخرى صحيحة، أن يوفّر الاختلاف الدماغي كهذا أدلةً على التشابه الذهني بين هذين الشخصين. على سبيل المثال، قد يكون نوع معين من القلق عند راندولف متماهياً مع النشاط المتزايد[21] في المنطقة الدماغية A، في حين نفس النوع من القلق عند راشمي يكون متماهياً مع النشاط المتزايد في منطقة دماغية مختلفة - المنطقة الدماغية X (ولا يقترن على الإطلاق بالمنطقةالدماغية A). في هذه الحالة، إنّ مشاهدة نشاط متزايد في المنطقة الدماغية A (إلى جانب نشاط نموذجي في المنطقة الدماغية X) عند راندولف، ونشاط نموذجي في المنطقة الدماغية A (إلى جانب نشاط متزايد في المنطقة الدماغية X) عند راشمي، ستفشل في الإشارة إلى وجود اختلاف في مستويات القلق الخاص بهما، وستكون عوضاً عن ذلك

(21) أو المنخفض، أو المتبدّل من ناحية أخرى. هذا يعني أنّ مجرّد اقتران منطقة دماغية معينة بالقلق، على سبيل المثال، لا يعني بالضرورة أنّ ازدياد النشاط في هذه المنطقة يتماهى مع ازدياد القلق. إذ العلاقة هنا يمكن أن تأخذ أشكالاً عديدة. لمعرفة المزيد عن هذه الاحتمالية، انظر (724 :2016) Hoffman & Bluhm.

متسقةً مع التشابه الذهني. في الحقيقة، يمكننا أن نتوقع رؤية نفس هذه النتيجة بالضبط عند حدوث عين ونفس النوع من القلق في كل من راندولف وراشمي. ويمكن قول نفس الشي على الأمثلة الافتراضية حول اليأس والمناطق الدماغية I\H أعلاه، وكذلك على من يتصف بالحالات الذهنية والدماغية والطبية النفسية الأخرى[22].

من الأهمية بمكان أن يتم تمييز هذه الاحتمالية. فعادة ما تؤخذ الاختلافات الدماغية بشكل غير تأملي لإظهار الأدلة العميقة والجوهرية على الاختلافات الذهنية بين المتنوعين عصبياً والنموذجيين عصبياً. في الواقع، غالباً ما يتم فرضها (بشكل مُربِك) على أنها لا تشير فقط إلى وجود اختلافات ذهنية بين هاتين المجموعتين، بل إلى إنها في الواقع حقيقية وشرعية. وإليك هذا المثال الحياتي الحقيقي: يسعى بعض الأفراد إلى استشارة الدكتور أمين - وهو

(22) قد يتساءل المرء، بالنظر إلى أدلة الاختلافات الدماغية الثابتة التي تمّت مناقشتها في القسم 1.2، لماذا نعتد من الأساس باحتمالية فيزيائية العلامة (والاحتمالية المقابلة التي مفادها أنّ الاختلافات الدماغية لا تشير إلى الاختلافات الذهنية) هنا. بعبارة أخرى، إذا كان الاكتئاب، على سبيل المثال، مقترناً باستمرار بنشاط متزايد في منطقة اللوزة، فلماذا لا نفترض فيزيائية النوع ونقول إنّ نوع الحالة الذهنية (مثلاً، المزاج المكتئب) يتماهى مع نوع الحالة الدماغية (مثلاً، نشاط اللوزة المتزايد)؟ يأتي الجواب مباشرة من التحفظات التي تمّت مناقشتها كذلك في القسم 1.2. أولاً، إنّ الكثير من الأدلة العلمية العصبية على الاختلاف الدماغي الخاص (أو مجموعة من الاختلافات) المقترن بالاكتئاب قد تمّت مناقضتها. ثانياً، قد لا تزال هناك تباينات فردية محتملة عبر أي اختلافات دماغية "ثابتة"؛ فالتباينات تشوبها حقيقة أن النتائج المُبلّغ عنها هي نتائج متوسطة. لذا، حتى لو بدت الاختلافات الدماغية ثابتةً، فقد لا تكون ثابتة وفق النحو الذي تتطلبه فيزيائية النوع. ربما شيء كفيزيائية النوع يبدو على نحوٍ تقريبي أنه صحيح، لكنّ فيزيائية العلامة صحيحةٌ بالفعل. فعلى سبيل المثال، قد تكون الحالة الذهنية "للمزاج المكتئب" مقترنةً بنشاط متزايد في اللوزة في العديد من الأفراد أو معظمهم، لكن هنالك أيضاً مجموعة فرعية معتبرة من الأفراد الذين يتحقق "مزاجهم المكتئب" عن طريق مستوى مختلف من النشاط في اللوزة، أو عن طريق ميزة منطقة دماغية مختلفة تماماً.

خبير في التصوير العصبي - لإخبارهم عمّا إذا كانوا مكتئبين "بالفعل". حيث يوفّر تلكم المعلومات من خلال تصوير أدمغتهم ورؤية هل يظهر عليها "الاختلاف الدماغي المميز للاكتئاب" (Amen 1998). هنالك العديد من الجوانب المعيبة على نحوٍ عميق لهذا المشروع؛ أحدها الفشل في تمييز، كما تمّ توضيحه للتو، أنّ وجود الاختلاف الدماغي (مثل، الاختلاف في المنطقة الدماغية A، أو الاختلاف في المنطقة الدماغية X) قد لا يشير إلى وجود الاختلاف الذهني من **الأساس**[23]. وعليه، فإنّ مشروع دكتور أمين، إلى جانب الافتراضات الشائعة الأخرى حول قوة علوم الأعصاب في توضيح "واقعية" الاختلاف الذهني، قد يكون مقلقاً فكرياً (وربما أخلاقياً) لهذا السبب ولأسباب أخرى. الأهم من ذلك، كما هو مبيّن أعلاه، إنّ الفهم الأساسي للمواقف في فلسفة العقل يمكن أن يتفادى هذا النوع من التعكير ويُذيبه[24].

خلاصة النظر في السؤال 3:

> **ستعتمد إجابة السؤال 3 على ما هي النسخة الصحيحة للعلاقة بين العقل والدماغ. ومع ذلك، لا توجد نسخة توحي بشكل صارم أنّ الحالات الطبية النفسية هي مجرّد اختلافات دماغية معينة، إذا كان يُقصد بـ "مجرّد" أنّ الميزات الذهنية والخبرات الفردية غير مهمة.**

---

(23) علاوة على ذلك، يُخفق مشروع دكتور أمين في تفسير الاحتمالية التي تمّت مناقشتها في القسم 1.2 - احتمالية أنه حتى لو كان نشاط المنطقة الدماغية D مقترناً دائماً بالاكتئاب في جميع الأفراد، فقد تبقى هناك تباينات فردية جوهرية في مستويات النشاط "المكتئب" و"غير المكتئب" في المنطقة الدماغية D، بحيث إنّ الشخص غير المكتئب يمكن بسهولة أن يمتلك "مستوى نشاط مكتئب" متوسط في المنطقة الدماغية D، والعكس بالعكس. وبالتالي، فإنّ المحددات النهائية لما إذا كان المرء مكتئباً "بالفعل"، من جهة كيفية تعريف الطب النفسي حالياً لـ "الاكتئاب" في الـ DSM، ستكون الحالات الذهنية للأفراد وليس نشاطهم الدماغي. ويمكن القول إنّ هذا المقام يتعدى حتى تعريف الـ DSM.

(24) انظر أيضاً Hoffman (2012) وHoffman & Bluhm (2016) للوقوف على حجج مماثلة.

في حين أنّ السؤال 3 يحدد الحالة الميتافيزيقية المحتملة للاختلافات الدماغية، تتحول الأسئلة من 4 إلى 7 بشكل كبير إلى التحقيق في الآثار والافتراضات الأوسع لتلك الحالة؛ تركّز هذه الأسئلة على ما يمكننا أو لا يمكننا استنتاجه من وجود الاختلافات الدماغية. فعند التأمل فيها، من المهم أن نضع في الاعتبار الاحتمالية المثارة أعلاه بشكل مباشر - أنه في بعض المواقف، إذا كانت فيزيائية العلامة صحيحة، فإنّ بعض الاختلافات الدماغية قد لا تكون متطابقة مع الاختلافات الذهنية في المقام الأول. على أية حال، من المحتمل أيضاً أن تدل بعض الاختلافات الدماغية الأخرى على الاختلافات الذهنية بالفعل. وبالتالي، سندرس الأسئلة من 4 إلى 7، في سبيل الِحجاج، على افتراض أنّ الاختلافات الدماغية قيد النظر تتطابق، في الواقع، مع الاختلافات الذهنية المعنية.

4. السؤال 4: ألا تُظهِر الاختلافات الدماغية التي تكمن وراء[25] الاختلافات الذهنية (التي تشمل الحالات الطبية النفسية) أنّ هذه الاختلافات الذهنية هي في الواقع اختلالات وظيفية، أو أمراض، أو اضطرابات- أي هنالك شيء ما خاطئ في تلك الاختلافات الذهنية؟

سيتم هنا، إعادة تقديم المسألة الثانية الموضوعة بين قوسين في السؤال 1: يفترض العديد من الناس أنه إذا كان من الممكن إثبات أنّ الاختلاف الدماغي يكمن وراء الاختلاف الذهني، فإنّ ذلك يعني أنّ هذا الاختلاف الذهني هو في الواقع اختلال وظيفي، أو مرَض، أو اضطراب. بعبارة أخرى، غالباً ما يتم اعتبار الاختلافات الدماغية (أو الكيميائية) أدلة واضحة على الباثولوجيا الذهنية. ويرجع هذا إلى حدٍ كبير إلى افتراض أنّ الاختلافات

(25) تُستعمل "تكمن وراء"، هنا، كمصطلح محايد بين "تقترن بـ" و"تتماهى مع" من أجل استيعاب كِلا الموقفين الثنائية والفيزيائية في فلسفة العقل، على التوالي. سَيُستخدم مصطلح "تقترن بـ\تتماهى مع" أحياناً لنفس الغرض.

الدماغية (أو الكيميائية) ذات الصلة هي علامات على اختلال وظيفي في الدماغ يُنطلَق منها.

من الأفضل معالجة هذا السؤال في خطوتين. الأولى، سيجادل القسم 1.4 بأنّ الاختلاف الدماغي لا يشير تلقائياً، بحد ذاته، إلى الباثولوجيا الذهنية. الثانية، يُقرّ القسم 2.4 أنه من الممكن، على الرغم من ذلك، أنّ الاختلاف الدماغي، الذي يصدف أن يكون اختلالاً وظيفياً في الدماغ، قد يُشير بالفعل إلى اختلال وظيفي ذهني. على أية حال، سيجادل القسم 2.4 أيضاً بأننا ليس لدينا المعرفة الكافية لإثبات أنّ معظم الاختلافات الدماغية المقترنة بالحالات الطبية النفسية هي في الواقع اختلالات وظيفية في الدماغ في المقام الأول. علاوة على ذلك، هنالك عقبات ملحوظة أمام الوصول إلى هذه المعرفة في المستقبل.

1.4. ألا تشير الاختلافات الدماغية، بحد ذاتها، إلى باثولوجيا ذهنية؟

سنتناول هنا، الحالات التي لا يكون فيها واضحاً هل الاختلافات الدماغية المذكورة هي بالفعل اختلالات وظيفية في الدماغ. من الواضح إلى حدٍ ما كيف أنّ مثل هذه الاختلافات الدماغية، في تلك الحالات، لا تُشير بالضرورة بحد ذاتها إلى أي باثولوجيا ذهنية مقابلة. بالطبع، تتوافق الاختلافات الدماغية بشكل مؤكد مع الباثولوجيا الذهنية، لكن من الواضح أنّ وجودها لا يستلزمها. ويرجع سبب ذلك، ببساطة، إلى أنّ جميع أو معظم الظواهر الذهنية يمكن أن تمتلك بشكل عام بعض الاختلافات الدماغية التي تكمن وراءها. وبالتأكيد ليس الأمر أنّ جميع أو معظم الظواهر الذهنية هي مرَضية! فعندما نفكر بفكرة ما، من المفترض أن يكون ذلك مقترنا بـ \متماهياً مع اختلاف دماغي؛ وعندما نسمع صوتاً، أو نرى شيئاً ما، أو نشعر بالانجذاب، أو الارتباك، أو الدمار، أو تذكّر إطعام الخنازير الغينية، أو التفكير بأي شيء أو الإحساس به أو إدراكه أو تذكّره، من المفترض أن يكون ذلك مقترناً بـ \متماهياً مع بعض الاختلافات الدماغية أو غيرها.

لتوضيح هذه النقطة بمزيد من الشمولية بالإحالة على المواقف الأساسية في فلسفة العقل، يمكننا أن نرى، أولاً، إذا كانت فيزيائية (النوع أو العلامة) صحيحة، فإنّ كل حالة ذهنية - وظيفية أو مختلة وظيفياً، مرَضية أو سليمة - ستكون متماهية مع بعض الحالات الدماغية أو غيرها. وإذا كانت الثنائية صحيحة (بافتراض الأشكال المفضّلة من الثنائية التي تسمح بالتفاعلات السببية بين العقل والدماغ، أو حتى الترابط غير السببي بين العقل والدماغ)، فمن المؤكد حتماً أن تكون جميع الحالات الذهنية على الأقل مقترنة بنوعٍ من النشاط أو الحالة الدماغية.

الصورة الوحيدة التي لن يصح فيها هذا الأمر هي إذا كانت بعض الأشكال غير الشائعة من الثنائية (التي ترفض التفاعل و\أو الاشكال الأخرى من التطابق بين العقل والدماغ) صحيحة. لكنّ هذه الأشكال تُعدّ غير شائعة على وجه التحديد لأننا لدينا أدلة وفيرة على أنّ العقل والدماغ متماهيان مع بعضهما البعض (أو يتفاعلان) على الأقل. إذا لم يكن هذا واضحاً بالفعل، فتأمل في المثالين التاليين: الأول، ترتبط التغييرات في العقل (مثل، تذكّر أغنية حزينة) بقوة بـ - وبالتالي من المؤكد حتماً أن تسبِّب (أو هي) - تغييرات في الدماغ (مثلاً، التغييرات التي تسبِّب خروج دموع العينين. إذا لم يتغيّر الدماغ نتيجة تلك الذكرى الحزينة، فسيكون من الصعب تعليل النتيجة الجسدية للبكاء). وبالمثل، فإنّ بعض التغييرات في الدماغ تقدّم أدلة على فكرة أنّ الدماغ ليس منفصلاً بالكامل عن العقل (مثل، التغيير المباشر للدماغ عبر الـ LSD [عقار مخلّ بالنفس] يرتبط بقوة **على الأقل** بـ - أو يؤثر على، أو يشكّل حتى - التغييرات في النشاط الذهني للمرء). وهكذا، فإنّ جميع أنواع الاختلافات الذهنية - السليمة أو غير السليمة - ستتطابق بطريقة ما مع الاختلافات الدماغية، بناءً على جميع النماذج المعقولة من العلاقة بين العقل والدماغ. وبالتالي، فإنّ وجود بعض الاختلافات الدماغية أو غيرها، **على هذا النحو**، لا يقدّم أي شيء من جهة الإشارة إلى الاختلال الوظيفي.

2.4. ألا يمكننا أن نقول إنّ بعض الاختلافات الدماغية هي اختلالات وظيفية في الدماغ؟ وألا يمكننا حينئذ إثبات أنّ الاختلافات الذهنية المقابلة هي في الحقيقة اختلالات وظيفية، أو أمراض، أو اضطرابات؟

من الممكن أن تبدأ إحدى الطرق التي يمكن أن يوفّر فيها الاختلاف الدماغي أدلةً على وجود اختلال وظيفي ذهني بحقيقة أنّ هذا الاختلاف الدماغي هو نفسه اختلال وظيفي ذهني. لكن لإثبات هل الاختلاف الدماغي هو نفسه اختلال وظيفي، يتعيّن معرفة المزيد حول ما يمكن اعتباره نشاطاً ذهنياً "وظيفياً" للبدء منه. على أية حال، إنّ المعرفة في هذا المجال ضئيلة حالياً. إضافة إلى ذلك، هنالك عقبات لوجستية ومفاهيمية كبيرة أمام الحصول على مثل هذه المعرفة في المستقبل. وللوقوف على ذلك، تخيّل كيف يمكننا تحديد النطاق الوظيفي لنشاط منطقة دماغية معينة. لنفترض أنه تمّت ملاحظة المنطقة الدماغية A وهي تُظهِر في أي مكان من صفر إلى مائة "وحدة" من النشاط[26]. كيف يمكننا تحديد حدود النشاط الوظيفي؟ هل هو من 25 إلى 75؟ أم أي شي ضمن متوسط انحراف قياسي واحد؟ أم انحرافين قياسيين؟ أي إجابة غير اعتباطية، على ما يبدو، يجب أن تعتمد على "الأداء الوظيفي" (أو "الطبيعي") للحالة الذهنية المقترنة. فعلى سبيل المثال، إذا كان النشاط في المنطقة الدماغية A يقترن باستمرار بالقلق، وكان مستوى النشاط 95 يتوافق بالعادة مع ما يُعتبر "قلقاً كبيراً" أو "ذعراً"، عندئذ ربما يمكننا أن نستنتج على نحوٍ معقول أنّ مستوى النشاط 95

(26) تبيان الأمر بهذه الطريقة يغطي على تعقيدات مهمة. مبدئياً، تعمل المناطق الدماغية عموماً كأجزاء لشبكات واسعة، وقد تكون مشاركة في أكثر من شبكة واحدة. علاوة على ذلك، لا ينبغي قياس أداء منطقة دماغية عبر مستويات نشاط ذات نطاق أحادي البُعد حصراً. هنالك بارامترات أخرى، مثل أنماط الإطلاق المختلفة التي لا حصر لها، إلى جانب النشاط النسبي لأنواع محددة من العصبونات في كل منطقة. على سبيل المثال، تحتوي بعض المناطق الدماغية على عصبونات مثبّطة ومثيرة. ومن الواضح، أنّ النشاط المرتفع في العصبونات المثبّطة سيمتلك على نحوٍ مفترض تأثيراً مختلفاً للغاية مقارنة بالنشاط المرتفع في العصبونات المثيرة.

في المنطقة الدماغية X هو نشاط دماغي يتضمّن اختلالاً وظيفياً.

على أية حال، هنالك شيئان يجب ملاحظتهما حول هذا الأمر. الأول، من المفترض أنّ السؤال 4 يسأل هل يمكن لعلوم الاعصاب أن تقدّم أدلة إضافية على الباثولوجيا، - أي أدلة تفوق ما هو معروف بالفعل حول الجوانب النفسية والذهنية للحالات الطبية النفسية المعنية. لكن، في السيناريو أعلاه، لا توفّر البيانات العلمية العصبية أدلةً إضافية. بدلاً من ذلك، أي دليل تورده يُعدّ مشتقاً من الأدلة الذهنية المعروفة مسبقاً. ففي السيناريو أعلاه، يتم الاستدلال على الاختلال الوظيفي في الدماغ من الاختلال الوظيفي الذهني المفترض؛ وبالتالي، فإنّ أي محاولة لاشتقاق المزيد من الأدلة عن الاختلال الوظيفي الذهني من الاختلال الوظيفي الدماغي ستكون واقعةً في الدور بوضوح.

الثاني، قد يكون الحكم المتعلق بالأداء الذهني في الاستراتيجية المذكورة سابقاً متقلّباً بقدر ما يُحتمل كونه منغمساً بعمق في القيم والمعايير المجتمعية. فعلى سبيل المثال، كيف يعرف المرء مقدار القلق "المفرط"؟ هل عندما يكون الفرد تحت وطأة المعاناة؟ إذا كان كذلك، فإنّ ذلك سيعتمد على الفرد. وما هو مستوى المعاناة (إن وجد) الذي يُعدّ اختلالاً وظيفياً؟ هل هو عند وجود أي قلق؟ من الواضح، على الرغم من ذلك، أنّ بعض القلق يبدو "وظيفياً" في عالمنا، معتمداً على السياق. فالقلق المرتفع أثناء اختبار مهم، أو عند المطاردة بواسطة السِباع، لا يبدو مقبولاً فحسب، بل، في الحقيقة، علامة على **الفاعلية الوظيفية**[27]. تم توضيح هذه النقطة بواسطة جيروم ويكيفيلد عند مناقشته تفعيل الدارات الدماغية:

---

(27) على الرغم من أنه لا تزال هناك أسئلة جادة حول هل ما يبدو علامة على الفاعلية الوظيفية له في الواقع تأثير أو تأثير كبير على ما إذا كانت الحالة الذهنية هي بالفعل علامة على الفاعلية الوظيفية، أو على طريقة تعريف "الفاعلية الوظيفية" في المقام الأول.

المدمّر على وجه الخصوص هو الفكرة البطيئة التي مفادها أنّ الاضطراب هو ببساطة تفعيل عالي للدارة. إنّ أي شخص كان قد شعر بالرعب من خطر وشيك أو مرّ بنشوة ما يعرف أنّ هذا لا يمكن أن يكون صحيحاً. قد يعترض شخصٌ ما بأنّ... التفعيل العالي المُضر أو غير النموذجي هو اضطراب. لكن، اعتماداً على كيفية اختيارك أبعادك، يمكنك جعل أي شي غير نموذجي. فالنوم يُعتبر نموذجياً من الناحية الإحصائية، لكن تفعيل الدارة أثناء النوم يُعدّ منحرفاً للغاية عن وضع الدارة المعيارية عند اليقظة. (Wakefield 2014: 39)[28].

خلاصة النظر في السؤال 4:

إنّ وجود الاختلاف الدماغي، بحد ذاته، لا يوحي بوجود "خطأ ما" في الحالات الدماغية أو الذهنية المقابلة، ولا يوحي بوجود اضطراب، أو اختلال في التوازن، أو اختلال وظيفي ذهني أو دماغي. قد يدل وجود اختلال وظيفي دماغي، من ناحية أخرى، على وجود اضطراب، أو اختلال في التوزان، أو اختلال وظيفي ذهني، لكن هنالك عقبات مفاهيمية كبيرة أمام إدراك أي من الاختلافات الدماغية (والذهنية) هي في الحقيقة اختلالات وظيفية في المقام الأول.

5 السؤال 5: ألا تُظهِر الاختلافات الدماغية التي كشفها علم الأعصاب (وسيستمر في الكشف عنها) أنّ الحالات الطبية النفسية المقترنة يتم تسببها في البداية بواسطة شيء "بيولوجي" - مثل، التباينات الوراثية، الآفات الدماغية؟[29].

قبل مباشرة الإجابة على هذا السؤال، من المهم أن نلاحِظ أولاً، أننا

(28) لاحِظ أنّ عدم اليقين نفسه ينطبق على طريقة تحديد ما يمكن اعتباره اختلالاً في التوازن الكيميائي.

(29) ما هو "السبب البيولوجي"؟ تعرقل الحقائق التالية إلى حدٍ كبير إمكانية تقديم تعريف واضح: (1) إنّ الحالات الذهنية تقترن بـ أو تتماهى مع الحالات الدماغية

نمتلك بالفعل أدلة علمية متينة على أنه عملياً[30] لا توجد حالات طبية نفسية ناتجة مبدئياً (بشكل حصري) عن شيء بيولوجي (Higgins & George 2013: 59-60; Plomin et al. 2016; Polderman et al. 2015)[31]. لذلك، من الناحية التقنية، نحن نعلم مسبقاً أنّ الاختلافات الدماغية لا يمكنها أن "تُثبت" ذلك، لأنه ليس صحيحاً في المقام الأول!

ثانياً، على أية حال، للإجابة بشكل مباشر وكامل على هذا السؤال، من المهم السعي إلى تفريغ ما هو مطلوب بالفعل. فعلى الرغم من أنّ أشخاصاً

(البيولوجية) بشكل عام (انظر ما تمّ تناوله في السؤال 3)؛ (2) إنّ الحالات الطبية النفسية هي مجموعات معقدة إلى حدٍ كبير من الميزات الذهنية والدماغية التي تمتلك بشكل عام عدة أسباب، من المحتمل أن تكون "داخلية" و"خارجية" لبيولوجيا الفرد؛ و(3) هنالك تفاعلات كثيرة بين [الأبعاد] البيولوجية والذهنية \النفسية\ الاجتماعية، بحيث من المرجّح أنّ أي سبب مفترض سيُنتِج تأثيراتٍ بيولوجية وذهنية\نفسية\اجتماعية، يمكن أن تعمل جميعها كأسباب إضافية. فالصدمة النفسية، على سبيل المثال، يمكن أن تسبِّب تغييرات بيولوجية، وهذه بدورها يمكن أن تُسبِّب حالات طبية نفسية أو تؤدي جزئياً إليها. وبسبب هذه العوامل وغيرها، يبدو من الممكن وصف العديد من الأسباب على نحو مساوٍ بأنها بيولوجيه وذهنية\نفسية\اجتماعية. ومع ذلك، من المرجّح أنّ معظم من يطرح هذا السؤال عن "الأسباب البيولوجية" يُعرّف "الأسباب البيولوجية" بأنها تلك الأسباب الأولية التي أفضل ما يتم تمييزها من خلال الضوابط البيولوجية أو الكيميائية أو العلمية بوجه آخر. تتضمن الأمثلة التباينات الوراثية، العوامل المعدية مثل الفيروسات، الإصابة الميكانيكية للدماغ، التعرّض للسموم.

(30) المثال الوحيد الذي أعرفه عن حالة طبية نفسية نتجت بشكل منتظم وحصري عن شيء بيولوجي هو "الخزل أو الشلل العام للمجنون" (GPI). تمّ التعرّف على هذه الحالة في القرن التاسع عشر، اتصفت بالعديد من الميزات الذهنية بما في ذلك الأوهام والهوس، واكتُشف لاحقاً أنها مرض الزهري من المرحلة الثالثة، سببه الإصابة بكتريا Treponema pallidum (Wallis 2012).

(31) على سبيل المثال، تُظهر دراسات متعددة أنّ البيئة، وكذلك الجينات، تلعب دوراً كبيراً في تشكيل (ما يُفترض جميع) الحالات الطبية النفسية (انظر Higgins & George 2013: 59 ،60؛ Plomin et al. 2016؛ Polderman et al. 2015).

مختلفين يطرحون هذا السؤال لأسباب مختلفة، إلا أنّ ظني هو أنّ الكثير منهم يأملون في أن يتم الكشف عن سبب بيولوجي يُعطي مصداقية لفكرة أنّ الاختلافات الذهنية المعنية هي، في الواقع، أمراض (انظر السؤال 4). وهذا منطقي: فعندما نفكّر بشأن الأمراض بشكل عام، نُلاحِظ أنها غالباً ما يتم تعريفها من خلال أسبابها البيولوجية. فمرض هنتنغتون يتم تعريفه من خلال الاحتكام إلى الطفرة الوراثية التي تسببه، والتهاب الحلق يُعرّف من خلال الاحتكام إلى بكتيريا *Streptococcus pyogenes* التي تسببه، إلخ. وعليه، حتى لو لم يكن وجود الاختلاف الدماغي بحد ذاته يوحي بأنّ الاختلاف الذهني المعني هو مرض أو اختلال وظيفي (كما نوقش سابقاً تحت السؤال 4)، عندئذ (قد يعتقد البعض) ربما وجود السبب البيولوجي سيؤكد حالته المرَضية.

ولكن هنا، مرة أخرى، يمكننا توضيح أنّ (1) الاختلافات الدماغية التي كشف عنها علم الأعصاب لا تُظهِر بحد ذاتها بالضرورة أنّ تلك الأسباب الأولية للاختلافات كانت بيولوجية. في الواقع، لا الاختلافات في وظيفة الدماغ ولا في التركيب توحي بالضرورة بوجود سبب أولي وراثي أو بيولوجي. والأهم من ذلك، (2) حتى لو كانت تلك الأسباب للاختلافات الدماغية بيولوجية، فلن يستلزم ذلك أنّ الاختلافات الذهنية التي تتوافق معها هي أمراضٌ بالفعل.

أولاً، خذ بعين الاعتبار (2)، وركّز على فكرة السبب الوراثي. فحتى لو كان للتأثير المعين سبب وراثي بنسبة 100% (أي حتى لو تمّ تحديده بالكامل من خلال تباينات في جينات معينة أو جين معين)، لا يعني ذلك أنه مرض. خذ بعين الاعتبار لون العين. إذ يتم تحديده بنسبة 100% (تقريباً) من خلال تباينات في جين معين، لكن من الواضح أنّ امتلاك عيون بنية أو عيون زرقاء أو عيون خضراء وما إلى ذلك ليس مرَضاً.

والآن خذ بعين الاعتبار (1). كما ذُكِر سابقاً، مادمنا نفترض صحة الفيزيائية أو معظم أشكال الثنائية، فإنّ الاختلافات في وظائف الدماغ ستتطابق مع جميع أصناف الحالات الذهنية، التي ليس للعديد منها أسباب بيولوجية في

المقام الأول. من الواضح أنّ الكثير من الأفكار، والإحساسات، والأصوات، والمَشاهد، والذكريات التي نختبرها لن تكون ناجمة عن عوامل بيولوجية فقط كالجينات أو الفيروسات. بدلاً من ذلك، غالباً ما ستكون أسبابها عبارة عن تغييرات في البيئة. خذ بعين الاعتبار هذا المثال البسيط: عندما أنظر إلى بالون رمادي، ومن ثمّ أُحوّل نظري إلى خيمة السيرك، يتغير النشاط في جزء من دماغي (قشرتي البصرية) (Hoffman 2012: 34). هنا، تُعدّ جوانب البيئة (البالون، الخيمة) من الأسباب المهمة للتغييرات في وظائف الدماغ[32].

يُعدّ هذا منطقياً لأنّ الدماغ، بطبيعة الحال، مُهيأ لقبول أنواع لا حصرَ لها من مدخلات البيئة. إذ لا يقتصر الأمر على أنّ الحواس الخمس لها صلات مباشرة إلى حدٍ ما بالدماغ، بل يتلقّى الدماغ تدفّقاً مستمراً من الدم قد يؤدي إلى أمور مثل ارتفاع مستويات "هورمونات القلق"، التي نفسها يتم تحديدها بواسطة مستويات القلق في بيئة الفرد (Sapolsky 1996). جميع هذه المدخلات يمكن أن تعمل كأسباب مهمة للاختلافات الدماغية.

إضافة إلى ذلك، فإنّ الأسباب "غير البيولوجية" كالبيئة يمكن أن تغيّر ليس فقط وظيفة الدماغ، بل التركيب الدماغي. وبالتالي، فإنّ أي ميزة معينة من التركيب الدماغي نراها مقترنة بالحالات الطبية النفسية قد تكون على الأقل من الناحية النظرية هي نتيجة، أو نتيجة جزئية، عن البيئة. كما يكتب Hoffman (2012):

> هنالك وفرة من الأدلة التجريبية التي تُثبت أنّ البيئة يمكن أن يكون لها تأثير عميق على التركيب الدماغي. فقد ثُبِتَ أنّ البيئة تُغيّر الآتي: حجم الدماغ ووزنه الكلي، تكوين الخلايا العصبية ("ولادة" خلايا عصبية جديدة)، تكوين الخلايا الدبقية ("ولادة" خلايا دبقية جديدة)، التفرّع التشجّري (عدد

(32) من المفترض إلى جانب قراري بتحويل نظري. على أية حال، سوف نتجنّب التركيز على "قراري" كسبب محتمل، لأنه يفتح الباب أمام الأسئلة الشائكة المتعلقة بالإرادة الحرة التي تتجاوز نطاق هذا الفصل.

الفروع التي يحوزها أحد أجزاء الخلية العصبية - وبالتالي، شكل الخلية العصبية)، تكوين المشبك العصبي (تكوين مشابك جديدة) (Mora et al. 2007: 80-81؛ انظر أيضاً: Pascual-Leone et al. 2005؛ Ming & Song 2005؛ Jacobs et al. 2000). (Hoffman 2012: 34-35)

ففي أحد الأمثلة الدقيقة، هنالك أدلة على أنّ البيئات "الخصبة" للفئران (المتضمنة مزيداً من المساحة، واللُعَب، والسلالم، وما إلى ذلك) تُسبِّب زيادات في جميع الميزات التركيبية المذكورة أعلاه (Mora et al. 2007: 80-81). وعلى العكس من ذلك، ارتبطت أنواع معينة من البيئات المُرهقة **بانخفاض** التكوين العصبي والتغييرات التركيبية الأخرى. فعلى سبيل المثال، تذكر شيلاين: "هنالك أدلة أيضاً على أنّ الإجهاد يُنتِج تلفاً عصبياً وتغيرات تركيبية في النماذج الحيوانية وعلى نحوٍ محتمل في البشر، على الرغم من أنّ الأدلة الحديثة عن البشر مستمدة من دراسات اضطراب الكرْب ما بعد الصدمة" (Sheline 2003: 346؛ انظر أيضاً Hoffman 2012: 34-35؛ Jacobs et al. 2000؛ Levin et al. 2007: 223). كما تؤكد دراسات معتمدة أخرى على التأثير الذي قد تُحدثه البيئة على تركيب الدماغ: كما هو الحال في المثالين التاليين،هنالك أدلة جيدة على أنّ حجم المادة الرمادية في البشر يتغيّر من خلال تعلّم الغِش (Draganski et al. 2004) وتقترن التغيرات التركيبية في مناطق الحُصين لسائقي سيارات الأجرة باكتساب المعرفة التجوالية لسائقي سيارات الأجرة (Maguire et al. 2000). (انظر أيضاً Higgins & George 2013: 95-99؛ Hoffman & Bluhm 2016: 721-722).

وهكذا، فإنّ الاختلافات الدماغية الوظيفية والتركيبية التي كشف علم الأعصاب حتى الآن أنها تقترن بشكل تقريبي بالحالات الطبية النفسية قد تكون ناجمة عن البيئة، أو الجينات، أو (على الأرجح) من خلال الجمع بينهما[33].

(33) انظر أيضاً Hoffman (2012) وHoffman & Bluhm (2016) للاطلاع على حجج مماثلة.

خلاصة النظر في السؤال 5:
أولاً، لدينا بالفعل أدلة كثيرة على أنّ الحالات الطبية النفسية لا تمتلك أسباباً بيولوجية حصراً. ثانياً، لن يوفر وجود اقترانات مستمرة بين الاختلافات الدماغية والحالات الطبية النفسية، بحد ذاته، أدلة متينة لصالح الأسباب الوراثية أو بمعنى آخر البيولوجية لتلك الحالات. ثالثاً، الأهم من ذلك، إنّ السبب الوراثي أو بمعنى آخر البيولوجي لن يؤدي بالضرورة إلى أنّ الأثر المقابل هو مرض أو اختلال وظيفي.

6 السؤال 6: ألا تُظهِر الاختلافات الدماغية التي كشفَ علم الأعصاب (وسيستمر في الكشف عنها) أنها تقترن بالحالات الطبية النفسية أنه إذا ما أردنا علاج هذه الحالات بنجاح، فعلينا القيام بذلك باستخدام أدوات بيولوجية كالعقاقير؟[34]

مرة أخرى، الجواب هو "كلا". فعلى الرغم من أنّ الميزات الذهنية التي تؤلف الحالات الطبية النفسية تقترن بـ \تتماهى مع الميزات الدماغية بشكل عام، إلا أنّ هذا، بحد ذاته، لا يعني أنّ التغييرات في تلك الحالات الذهنية (وبالتالي الميزات الدماغية التي تكمن وراءها) يجب أن تُنفّذ بواسطة أدوات بيولوجية. يمكن الحصول على دعم كبير لهذا من الأدلة المقدّمة تحت السؤال 5. ونظراً لأنّ الدماغ يستقبل أنواعاً متعددة من التغييرات في البيئة، فمن الممكن

(34) "الأدوات البيولوجية"، بشكل تقريبي، هي تلك الأدوات التي أفضل ما يشار إليها أو يتم تسميتها من خلال الضوابط البيولوجية أو الكيميائية، أو العلمية بمعنى آخر. تتضمن الأدوات البيولوجية الشعبية الدوائيات النفسية (العقاقير)، العلاج بالصدمات الكهربائية، التحفيز المغناطيسي عبر القحفي، الجراحة. من الواضح، كما ناقشنا بإسهاب، أنّ هذا لا يعني أنّ الأدوات النفسية الاجتماعية الأخرى (مثل، العلاج النفسي، الدعم الاجتماعي، الممارسات الروحية) لا تحتوي أيضاً على تأثيرات بيولوجية، لكن يمكن القول إنّ هذه الأدوات نفسها ليس من الأفضل أن تتم تسميتها من خلال الضوابط البيولوجية، أو الكيميائية، أو العلمية بمعنى آخر.

على الأقل نظرياً أن تؤثر التغييرات في البيئة (مثل، إضافة العوامل العلاجية النفسية المختلفة في بيئة الفرد) على الميزات الدماغية ذات الصلة (وبالتالي الميزات الذهنية المقابلة). وعند تذكّر المواقف الفلسفية المحتملة حول العلاقة بين العقل والدماغ التي تمّ استقصائها تحت السؤال 3، فإنّ جميعها (مرة أخرى، باستثناء بعض الأشكال النادرة وغير المعقولة من الثنائية) تسمح من الناحية المفاهيمية للعوامل البيئية التي تؤثر على عقل المرء (مثل، الدعم الاجتماعي، العلاج النفسي، الممارسات الروحانية) أن تؤثر أيضاً على أدمغتهم.

إليك مثالاً مشهوراً يتجاوز الجانب النظري: لقد قدَّمتْ الكثير من الدراسات أدلةً على أنّ بعض أشكال العلاج النفسي تسبِّب نفس أنواع التغييرات في أدمغة الأشخاص المكتئبين على نحو ما تقوم به مضادات الاكتئاب أو الأدوية الأخرى (Barsaglini et al. 2013; Kumari 2006; Linden 2006)[35]. على الرغم من أنّ هذه الدراسات قد تظهر في البداية أنها مذهلة. إلا أنه عند التأمل، لا ينبغي أن يكون مفاجئاً على الإطلاق أنّ تعلّم كيفية التفكير والشعور بشكل مختلف عن طريق العلاج النفسي، إلى جانب أن تُصبح أقل اكتئاباً نتيجةً لذلك العلاج، يمكن أن يسبّب تغييرات في الدماغ. مالم تكن أجزاء العقل هذه معزولة بالكامل عن الدماغ (كما في الأشكال النادرة وغير المعقولة من الثنائية المذكورة سابقاً)، فبالطبع سيتم تسجيل هذه الأصناف من التغييرات الذهنية بطريقة ما على أنها تغييرات دماغية. وبطبيعة الحال، لا يعني هذا القول إنّ الاحتمالات غير

(35) على الرغم أنه ليس من المستغرب، بالنظر إلى المناقشة في القسم 2.1، أنّ هذه الدراسات تعاني من عدم التناسق أيضاً: ففي بعض الأحيان يُنتِج العلاج النفسي نفس الأنواع من التغييرات الدماغية التي تُنتجها العقاقير، وفي بعض الأحيان يُنتج أنواعاً مختلفة من التغييرات الدماغية .(Barsaglini et al. 2013; Kumari 2006; Linden 2006) على أية حال، هنالك شيء ما يبدو ثابتاً هو أنّ العلاج النفسي يغيّر الدماغ بطريقة ما أو بأخرى (Barsaglini et al. 2013; Kumari 2006; Linden 2006).

محدودة؛ فليس كل نوع من المدخلات البيئية يمكن أن يؤثر على أي نوع من التغيير الدماغي[36][37].

خلاصة النظر في السؤال 6
إنّ وجود اقترانات مستمرة بين الحالات الطبية النفسية والاختلافات الدماغية لن يؤدي، بحد ذاته، إلى أنّ التغييرات في هذه الحالات لا يمكن إحداثها إلا "بيولوجياً" عبر العقاقير، أو الجراحة، أو وسائل بيولوجية أخرى.

7 السؤال 7: أليست العلوم العصبية أداةً قيمة لتحسين حياة المصابين بالحالات الطبية النفسية؟

نعم، لبعض الأفراد على الأقل. وهذا يعتمد على ما إذا كانوا يعتقدون أنّ استخدام "الأدوات" لتغيير حالاتهم الطبية النفسية سيُحسّن حياتهم بالفعل[38]. وبالنسبة لأولئك الذين يرغبون في تخفيف المعاناة المحسوسة والمشاكل الأخرى المقترنة في كثير من الأحيان بالحالات الطبية النفسية، فإنّ العلوم العصبية لديها القدرة على أن تكون قيّمة للغاية. على الرغم من أنّ وجود الاختلافات الدماغية والاختلافات الذهنية المقابلة لا يستلزم وجوب أن تكون هذه الاختلافات متغيرة عبر وسائل بيولوجية (انظر السؤال 6)، إلا أنه بالتأكيد لا يستبعد هذا التغيير. في الواقع، يمكن أن تسمح لنا دراسات علوم الأعصاب باكتشاف وتحسين العلاجات الدوائية المختلفة التي قد تُفيد الأفراد الذين يجدون

(36) ولا يمكن لكل نوع من المدخلات البيولوجية أن تؤثر على أي نوع من التغيير الذهني.
(37) انظر أيضاً (2012) Hoffman و(2016) Hoffman & Bluhm للاطلاع على حجج مماثلة.
(38) على الرغم أنه قد يبدو غير قابل للجدل، بالنظر إلى فهمنا المجتمعي الحالي للاختلافات الذهنية \الحالات الطبية النفسية، أنّ تغيير هذه الحالات أو القضاء عليها من شأنه أن يحسّن حياة الأفراد، إلا أنّ هذا الاعتقاد لا يتشاطره العديد من الأفراد المتنوعين عصبياً أنفسهم، كما تُظهِر حركات التنوّع العصبي والاعتزاز بالجنون.

وعود العلاج الدوائي جذابة، ولكنهم غير راضين عن الأدوية الحالية (ربما، على سبيل المثال، بسبب الآثار الجانبية الضارة). في الواقع، قد تمكّننا العلوم العصبية من تطوير أدوات أكثر دقة لمساعدة الأفراد بشكل أفضل على تحقيق تعريفاتهم الخاصة بالحياة الصحية والتامة، والتحكّم الدقيق في جوانب حالات الطبية النفسية التي يرغبون في القضاء عليها، والتي يرغبون (ربما) في الاحتفاظ بها.

خلاصة النظر في السؤال 7:
بالطبع تُعدّ العلوم العصبية قيّمة في العديد من الطرق. لكنّ الفلسفة ضرورية للفهم الكامل لما يمكن وما لا يمكن لعلم الأعصاب إخبارنا به عن الحالات الطبية النفسية، وللاشتباك مع معاني هذه الحالات.

8. الختام

لقد قطع علم الأعصاب ولا يزال يخطو خطوات مثيرة للإعجاب في تطوير معرفتنا بالنشاط الدماغي المرتبط بالحالات الطبية النفسية. لقد أسفرت هذه الخطوات، وستبقى تُسفر، عن خيارات أفضل وجديدة للتعامل مع الحالات الذهنية غير المرغوب بها التي تشكّل تلك الحالات. على أية حال، يميل الكثير من الناس إلى افتراض أنّ نتائج العلوم العصبية يمكنها أن تحسم بشكل نهائي الأسئلة الميتافيزيقية المهمة حول طبيعة الحالات الطبية النفسية، إلى جانب الأسئلة الأخلاقية المقترنة بأهميتها وكيف ينبغي معالجتها. في الواقع، يفترض الكثيرون أنّ نتائج العلوم العصبية تُثبِت صحة شعار أنّ الحالات الطبية النفسية هي "مجرّد" اختلالات في التوازنات الكيميائية \اختلالات وظيفية في الدماغ، وبالتالي، ليس هنالك مجال كبير للفلسفة على الإطلاق.

لقد جادل هذا الفصل بأنّ هذه الافتراضات خاطئة، ودعوى أنّ الحالات الطبية النفسية هي "مجرّد" اختلالات في التوازنات الكيميائية\اختلالات وظيفية في الدماغ هي في حد ذاتها دعوى فلسفية من الأساس. وجادل، على نحوٍ أكثر

تحديداً، بأنّ أدلتنا الحالية عن الاختلافات الدماغية المقترنة بالحالات الطبية النفسية تُخفق في حلّ المسائل التالية:

* هل كانت الحالات الطبية النفسية المقترنة ناجمةً عن عوامل بيولوجية أو وراثية (انظر السؤال 5).
* كيف يجب معالجة الحالات الطبية النفسية المقترنة (انظر السؤال 6).
* إذا ما كان ينبغي معالجة الحلات الطبية النفسية المقترنة (انظر السؤال 4). بعبارة أخرى، إنّ وجود اختلافات دماغية مقترنة بالحالات الطبية النفسية لا يوّفر بالضرورة دعماً إضافياً بأنّ هذه الحالات هي اعتلالات أو اضطرابات في المقام الأول. وبشكل أعم، لقد فشلت نتائج العلوم العصبية في البَتُ في السؤال المركزي لفلسفة الطب النفسي: هل ما تسمى الحالات الطبية النفسية هي اعتلالات\اضطرابات ("نموذج الاعتلال")، و\أو هي أشكال من التنوّع العصبي يمكن قبولها وربما الاحتفاء بها ("نموذج التنوّع العصبي").

في الواقع، إنّ إحدى الرسائل الرئيسية لهذا الفصل هي أنّ معرفتنا بالدماغ و"التوازنات الكيميائية" تتسق مع كل من نموذج الاعتلال ونموذج التنوّع العصبي. علاوة على ذلك، إنّ هذا ليس مجرّد حقيقة مصطنعة عن القصور النسبي لمعرفتنا العلمية العصبية؛ فهنالك أسباب جيدة للاعتقاد بأنّ علوم الأعصاب لن تكون قادرة رسمياً على حلّ هذا السؤال من تلقاء نفسها (انظر، على وجه الخصوص، القسم 2.4).

وهكذا، على الرغم من أنّ علم الأعصاب مهم للغاية في الطب النفسي، إلا أنّ الفلسفة مهمة بنفس القدر، ولا غنى عنها فيما يتعلق بالتأويل الكامل لمعنى النتائج العلمية العصبية والآثار المترتّبة عليها. فمن دون الفلسفة، لن نتمكّن من تحدّي الافتراضات الشائعة حول الحالات الطبية النفسية بشكل

مُرْضٍ، والافتراضات التي لها آثار عميقة على حياة الأفراد -سواء أن كانت تحررية أو قمعية محتملة[39].

شكر وتقدير

أود أن أشكر سَريفي تيكن، روبين بلوم، ميشيل جوي، بوب ريني، وطلّابي المتفوقين في شُعبتيّ ربيع 2018 لـ PHL 286 فلسفة الاعتلال الذهني (جامعة القديس جوزيف) على تعليقاتهم واقتراحاتهم المفيدة والثاقبة.

References

Amen, D. G. (1998), Change Your Brain Change Your Life, New York: Three Rivers Press.

Barsaglini, A., Sartori, G., Benetti, S., Pettersson-Yeo, W., and Mechellie, A. (2013), The Effects of Psychotherapy on Brain Function: A Systematic and Critical Review, Progress in Neurobiology, 114:1-14.

Belmaker, R. H. and Galila Agam, G. (2008), Major Depressive Disorder, New England Journal of Medicine, 358:55-68.

Campbell, S., Marriott, M., and Nahmias, C. (2004), Lower Hippocampal Volume in Patients Suffering from Depression: A Meta-Analysis, American Journal of Psychiatry, 161:598-607.

Delgado, P. L. (2000), Depression: The Case for a Monoamine Deficiency, Journal of Clinical Psychiatry, 61 (suppl 6):7-11.

Draganski, B., Gaser, C., Busch, V., Schuierer, G., Bogdahn, U., and May, A. (2004), Neuroplasticity: Changes in Grey Matter Induced by Training, Nature, 427:311-312.

Dumit, J. (2004), Picturing Personhood: Brain Scans and Biomedical Identity, Princeton, NJ: Princeton University Press.

Eklunda, A., Nicholsd, T. E., and Knutssona, H. (2016), Cluster Failure: Why fMRI Infer-

(39) مرة أخرى، فكّر في مدى أهمية التحرر أو الظلم المحتمل وكيف سيكون بالنسبة لك تقدير نفسك، وتقدير الآخرين لك، أنك (1) مضطرب\مريض \مكسور إزاء (2) متنوّع ذهنياً\فخور. وانظر (2016) Hall و(2009) Nudel et al. للاطلاع على عينة صغيرة من الأمثلة حول كيف أنّ هذه الأمثلة المختلفة كانت محررة أو قمعية لكثير من الناس.

ences for Spatial Extent Have Inflated False-Positive Rates, PNAS, 113:7900-7905.

Fitzgerald, P. B., Laird, A. R., Maller, J., and Daskalakis, Z. J. (2008), A Meta-Analytic Study of Changes in Brain Activation in Depression, Human Brain Mapping, 29:683-695.

Gotlib, I. H. and Hamilton, J. P. (2008), Neuroimaging and Depression: Current Status and Unresolved Issues, Current Directions in Psychological Science, 17:159-163.

Hall, W. (2016), Outside Mental Health: Voices and Visions of Madness, United States: Madness Radio.

Higgins, E. S. and George, M. A. (2013), The Neuroscience of Clinical Psychiatry, 2nd edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins.

Hoffman, G. A. (2012), What, If Anything, Can Neuroscience Tell Us about Gender Differences? pp. 30-56. In Neurofeminism: Issues at the Intersection of Feminist Theory and Cognitive Science. R. Bluhm, A. J. Jacobson, and H. L. Maibom, eds. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Hoffman, G. A. and Bluhm, R. (2016), Neurosexism and Neurofeminism, Philosophy Compass, 11:716-729.

Holmes, A. J. and Patrick, L. M. (2018), The Myth of Optimality in Clinical Neuroscience, Trends in Cognitive Sciences, 22(3):241-257.

Hoogman, M. et al. (2017), Subcortical Brain Volume Differences in Participants with Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adults: A Cross-Sectional Mega-Analysis, The Lancet, 4:310-319.

Ioannidis, J. P. A. (2005a), Why Most Published Research Findings Are False, PLoS Medicine, 2:e124-e126.Ioannidis, J. P. A. (2005b), Contradicted and Initially Stronger Effects in Highly Cited Clinical Research, JAMA, 294:218-228.

Jacobs, B., Van Praag, H., and Gage, F. (2000), Adult Brain Neurogenesis and Psychiatry: A Novel Theory of Depression, Molecular Psychiatry, 5:262-269.

Krystal, J. H. and State, M. W. (2014), Psychiatric Disorders: Diagnosis to Therapy, Cell, 157:201-214.

Kumari, V. (2006), Do Psychotherapies Produce Neurobiological Effects?, Acta Neuropsychiatrica, 18:61-70.

Lavazza, A. and De Carom, M. (2009), Not so Fast. On Some Bold Neuroscientific Claims Concerning Human Agency, Neuroethics, 3:23-41.

Levin, R. L., Heller, W., Mohanty, A., Herrington, J. D., and Miller, G. A. (2007), Cognitive Deficits in Depression and Functional Specificity of Regional Brain Activity, Cognitive Therapy and Research, 31:211-233.

Levine, B. (2014), Psychiatry's Manufactured Consent: Chemical Imbalance Theory and the Antidepressant Explosion, Mad in America. URL= https://www.madinamerica.-com/2014/05/psychiatrys-manufacture-consent-chemical-imbalance-theoryantidepressant-explosion/ Retrieved June 29, 2017.

Lewis, D. A. (2002), The Human Brain Revisited: Opportunities and Challenges in Postmortem Studies of Psychiatric Disorders, Neuropsychopharmacology, 26:143- 154.

Linden, D. E. J. (2006), How Psychotherapy Changes the Brain-The Contribution of Functional Neuroimaging, Molecular Psychiatry, 11:528-538.

Lorenzetti, V., Allen, N. B., Fornito, A., and Yücel, M. (2009), Structural Brain Abnormalities in Major Depressive Disorder: A Selective Review of Recent MRI Studies, Journal of Affective Disorders, 117:1-17.

Maguire, E. A., Gadian, D. A., Johnsrude, I. S., Good, C. D., Ashburner, J., Frackowiak, R. S., and Frith, C. D. (2000), Navigation-Related Structural Change in the Hippocampi of Taxi Drivers, Proceedings of the National Academy of Sciences, 97:4398-4403.

Mandik, P. (2014), This Is Philosophy of Mind, Malden, MA: Wiley Blackwell.

McCullumsmith, R. E. and Meador-Woodruff, J. H. (2011), Novel Approaches to the Study of Postmortem Brain in Psychiatric Illness: Old Limitations and New Challenges, Biological Psychiatry, 69:127-133.

Ming, G. L. and Song, H. (2005), Adult Neurogenesis in the Mammalian Central Nervous System, Annual Review of Neuroscience, 28(1):223-250.

Moncrieff, J. (2016), Myth of the Chemical Cure, pp. 155-112. In Outside Mental Health: Voices and Visions of Madness. W. Hall, ed. United States: Madness Radio.

Mora, F., Segovia, G., and Del Arco, A. (2007), Aging, Plasticity and Environmental Enrichment: Structural Changes and Neurotransmitter Dynamics in Several Areas of the Brain, Brain Research Reviews, 55:78-88.

Müller, V. I., Cieslik, E. C., Serbanescu, I., Laird, A. R., Fox, P. T., and Eickhoff, S. B. (2017), Altered Brain Activity in Unipolar Depression Revisited, JAMA Psychiatry, 74:47-49.Nudel, C., Benner, A., Poore, M., Ball, B., Knighton, D., Long, Y., Moore, K., Parrish, B., Power, C., and Ware, M., eds. (2009), Firewalkers: Madness, Beauty, and Mystery, Charlottesville, VA: VOCAL, Inc.

Pascual-Leone, A., Amedi, A., Fregni, F., and Merabet, L. B. (2005), The Plastic Human Brain Cortex, Annual Review of Neuroscience, 28(1):377-401.

Pies, R. (2011), Psychiatry's New Brain-Mind and the Legend of the "Chemical Imbalance," Psychiatric Times. URL= http://www.psychiatrictimes.com/blogs/couchcrisis/psychiatry-new-brain-mind-and-legend-chemical-imbalance Retrieved June 29, 2017.

Plomin, R., DeFries, J. C., Knopik, V. S., and Neiderhiser, J. M. (2016), Top 10 Replicated Findings from Behavioral Genetics, Perspectives on Psychological Science, 11:3-23.

Polderman, T. J. C., Benyamin, B., De Leeuw, C. A., Sullivan, P. F., Van Bochoven, A., Visscher, P. M., and Posthuma, D. (2015), Meta-Analysis of the Heritability of Human Traits Based on Fifty Years of Twin Studies, Nature Genetics, 47:702-709.

Price, J. L. and Drevets, W. C. (2009), Neurocircuitry of Mood Disorders, Neuropsychopharmacology, 35:192-216.

Rive, M. M., Van Rooijen, G., Veltman, D. J., Phillips, M. L., Schene, A. H., and Ruhé, H. G. (2013), Neural Correlates of Dysfunctional Emotion Regulation in Major Depressive Disorder. A Systematic Review of Neuroimaging Studies, Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 37:2529-2553.

Sapolsky, R. M. (1996), Why Stress Is Bad for Your Brain, Science, 273:749-750.

Schaefer, J. D., Caspi, A., Belsky, D. W., Harrington, H., Houts, R., Horwood, L. J., Hussong, A., Ramrakha, S., Poulton, R., and Moffitt, T. E. (2017), Enduring Mental Health: Prevalence and Prediction, Journal of Abnormal Psychology, 126:212-224.

Sheline, Y. I. (2003), Neuroimaging Studies of Mood Disorder Effects on the Brain, Biological Psychiatry, 54:338-352.

Simons, P. (2018), Scientists Fight against the Myth of the Normal or Optimal Brain, Mad in America. URL= https://www.madinamerica.com/2018/04/scientists-fightmyth-normal-optimal-brain/ Retrieved June 14, 2018.

Spiegel, A. (2012), When It Comes to Depression, Serotonin Isn't the Whole Story, National Public Radio Morning Edition. URL= http://www.npr.org/sections/health-shots/2012/01/23/145525853/when-it-comes-to-depression-serotonin-isnt-thewhole-story Retrieved June 30, 2017.

Stahl, S. M. (2013), Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications, 4th edition. Cambridge: Cambridge University Press.

Valenstein, E. S. (1998), Blaming the Brain, New York: The Free Press. Wakefield, J. C. (2014), Wittgenstein's Nightmare: Why the RDoC Grid Needs a Conceptual Dimension, World Psychiatry, 13:38-40.

Wallis, J. (2012), Looking Back: This Fascinating and Fatal Disease, The Psychologist, 25:90-91.

Weinberger, D. R. and Radulescu, E. (2016), Finding the Elusive Psychiatric "Lesion" with 21st Century Neuroanatomy: A Note of Caution, American Journal of Psychiatry, 173:27-33.Zoloft commercial (2001), [advertisement]. URL= https://www.youtube.com/watch?v=twhvtzd6gXA Retrieved June 29, 2017.



الفصل الخامس

السيكوباتية، التوحّد، الانفعالات الأخلاقية الأساسية: الأدلة على النزعة البنائية العاطفانية

إريك خوسيه راميريز

القليل من الخبرات البشرية هي عالمية كالخبرة الانفعالية. أو هكذا يُعتقد. بالتأكيد، هنالك اختلافات بين-ثقافية في المفاهيم الانفعالية. فعلى سبيل المثال، تُهيمن على الحياة الانفعالية لشعب الإيفالوك، الذين يقطن جميعهم في بضع جزر صغيرة داخل ولايات مايكرونيزيا الاتحادية، أربع انفعالات: سونغ، فاغو، كير، ميتاغو\روس. على الرغم من أنّ هذه المفاهيم الانفعالية غالباً ما تتم ترجمتها إلى السخط المبرّر، الشفقة-الحب-الحزن، السعادة-النشوة-الفرح، الخوف-الذعر-الدهشة-القلق على التوالي، إلا أنّ الكثيرين يتساءلون هل تُنصِف هذه الترجمات الحياة الانفعالية للأيفالوك بالفعل (Cardoso 2015). على الرغم من قلّة العلماء الذين يعارضون وجود تفاوت ثقافي عبر المفاهيم الانفعالية. يعتقد الكثيرون أنّ هذا التفاوت يُخفي وحدة أساسية عن الخبرة الانفعالية.

في هذا الفصل، أُقدّم دراسة نقدية عمّا يُسمّى بالانفعالات "الأساسية". إذ لطالما اعتقد الفلاسفة وعلماء النفس أنّ البشر، مع استثناءات قليلة، يولدون مع القدرة على الشعور والتعبير عن مجموعة صغيرة ولكن مهمة من الانفعالات. فعلى الرغم من أنّ السعادة، والحزن، والاشمئزاز، والمفاجأة، والخوف، والغضب هي في الغالب المشتبه به الرئيسي على قائمة الانفعالات الأساسية، إلا أنّ الأسماء الدقيقة لهذه الانفعالات تختلف اختلافاً كبيراً من ما لا يقل عن اثنين إلى ما لا يزيد عن ثمانية عشر (Ortony & Turner 1990).

سأبدأ بتفسير الجاذبية التي تتمتع بها الانفعالات الأساسية من جهة علماء النفس، ومن جهة الفلاسفة على وجه الخصوص. تكمن النزعة العاطفانية [Sentimentalism] - وهي رؤية ترى أنّ القيم الأخلاقية تتألف على الأقل جزئياً بواسطة المحتوى الانفعالي - في قلب هذه الجاذبية. سأتقصى من بين عدد من المعاني عن معنى "الأساسية" الذي اهتم به الفلاسفة من الناحية التقليدية أثناء بحثهم عن الانفعالات الأساسية ومن ثمّ أنتقل إلى التركيز على الأدلة التجريبية المؤيدة والمعارضة لوجود هذه الانفعالات. وسأختتم بأنّ أفضل الأدلة المتاحة لنا توجّهنا في الواقع بعيداً عن الانفعالات الأساسية صوبَ نموذج الفعل المفاهيمي للمفاهيم الانفعالية. إذا كان اهتمامنا بالانفعال مرتكزاً على اهتمامنا بفهم علم النفس الأخلاقي، فسأُجادل بأننا يمكننا تعلّم الكثير عن دور الانفعال في علم النفس الأخلاقي من خلال دراسة المفاهيم الأخلاقية للسيكوباتيين [ذوي الاعتلال النفسي] والأشخاص ذوي الأداء العالي المصابين بالتوحّد. عادة ما يتم تمييز كل من التوحّد والسيكوباتية من خلال العجز التعاطفي. ومع ذلك، فإنّ العجز التعاطفي المقترن بكل حالة مستقل تماماً. ففي حين يواجه الأفراد الذين تمّ تشخيصهم بالسيكوباتية صعوبةً في اكتساب المفاهيم الأخلاقية بشكل روتيني، إلا أنّ الأشخاص ذوي الأداء العالي المصابين بالتوحّد ليسوا كذلك. وأخلُص بالإشارة إلى أنّ أفضل فِهم لافتقار السيكوباتيين للمفاهيم الأخلاقية هو نتيجة افتقارهم لعَدْوى التعاطف وهو بالضبط ما سيتنبأ به نموذج الفعل المفاهيمي للانفعال[1]. وأزعم أنّ ما يُثرِي علم النفس الأخلاقي العاطفاني هو دمج هذه النتائج في أُطره المعيارية.

---

(1) خلال هذا الفصل، سأُشير إلى "السيكوباتيين". إنّ البشر متنوّعون عصبياً، بمعنى أنّ البشر يختبرون ويُدركون العالم والمفاهيم الاجتماعية البشرية بطرق متنوعة. وباستعمالي لمصطلح السيكوباتية، فإني أقصد وصف فئة من الأشخاص تم تشخيصهم بمجموعة محددة جداً من سمات الشخصية (موضّحة في القسم 5 من هذا الفصل). ولا أقصد السماح بأي أحكام معيارية على حالة هؤلاء الأشخاص أو مكانتهم أو قيمتهم.

جاذبية الانفعالات الأساسية

بعيداً عن أولئك الذين لديهم اهتمامات نظرية بحتة، لماذا قد نهتم بما إذا كانت انفعالاتنا أساسية (بمعنى ما) أم لا؟ إجابة واحدة تأتي إلينا مجاملة للفيلسوف الحديث المبكر ديفيد هيوم. يجادل هيوم بأنّ انفعالاتنا، وليست أسبابنا، مسؤولة عن قيمنا الجمالية والأخلاقية (Hume (1740) 2002). فعندما نحكم على شيء ما أنه جميل أو قبيح، صحيح أو خاطئ، عادل أو ظالم، فإنّ ما نقوم به، بزعم هيوم، هو إسقاط حالاتنا الانفعالية على العالم الخارجي. ولأجل فهم أفضل للعالم المُقيِّم، يجادل هيوم أننا يجب أن نفهم على نحوٍ أفضل حيواتنا الانفعالية. إنّ هيوم لم يكن الوحيد الذي استشعرَ هذه العلاقة بين كيفية شعورنا حيال شيء ما وأحكامنا التقييمية عليه. إذ يعتقد الفلاسفة العاطفانيون أنّ هذه الملاحظة تمثّل حقيقة عميقة عن طبيعة الأخلاق. تُعدّ الانفعالات الأساسية مثيرة للاهتمام بشكل خاص للفلاسفة الذين يحاولون فهم العلاقة بين الانفعال والقيمة. إذ يلجأ الفلاسفة العاطفانيون إلى الانفعالات الأساسية لتفسير ما يبدو أنهما ميزتان أساسيتان للأخلاق. الأولى، يبدو من الصحيح لمعظمنا أنّ الأحكام الأخلاقية ليست خبرات خاملة. فالحكم على شيء ما أنه خاطئ يعني الشعور بنوعٍ من التحفيز للقيام بأمر ما بشأن أحكامنا. إذا كانت الأحكام الأخلاقية تدور بشكل خالص حول ما نفكّر فيه، فستكون هناك صعوبة أكبر في تفسير هذه الميزة لأحكامنا الأخلاقية. تصوَّر شخصاً يعتقد أنّ البشر مسؤولون سببياً عن تغيّر المناخ العالمي. وافترض كذلك أنّ هذا الشخص لا يعتقد أنه من الخطأ أن يتسبب البشر في تغير المناخ العالمي. هل سنكون مندهشين إذا ما أخفق هذا الشخص في القيام بأي شيء بشأن تغيّر المناخ؟ على الأغلب لا. والآن تصوّر شخصاً يعتقد أنّ تغيّر المناخ الصُنعي [البشري] يمثّل ظلماً للأجيال القادمة ولسكان العالم الأكثر فقراً. قد يبدو الأمر غريباً أنّ الشخص الذي حكمٌ بأمانة بخطأ المساهمة في تغيير المناخ لم يقم بأي شيء أو، على نحوٍ أسوء، رَفَعَ من أثر الكاربون. بعبارة أخرى، يبدو أنّ الأحكام

الأخلاقية الصادقة كانت محفّزة بشكل ضعيف على الأقل. يمكننا أن نُضفي معنى على هذه الحقيقة، على افتراض أنها حقيقة، إذا ما كانت أحكامنا الأخلاقية الصادقة مشحونة انفعالياً. تُعدّ الانفعالات محفِّزة من الناحية الداخلية بمعنى أنّ الشعور بالانفعال يجلب معه دافع الفعل.

الثانية، يبدو أنّ الانفعالات تقع في قاع الكثير من الخلافات الأخلاقية والجمالية. ففي سلسلة من الدراسات سأل عالِم النفس جوناثان هايت أشخاصاً خضعوا لها عمّا إذا كانت بعض الأفعال تُعدّ خاطئة. حيث شملت أمثلةً على سلوكيات غير مؤذية لكنها واضحة الشذوذ. على سبيل المثال، ضمَّنَ هايت حالاتٍ استخدم فيها الأشخاص العلم الأمريكي لتنظيف المراحيض أو حالاتٍ تُقرِّر فيها العائلة أنّ تأكل كلبها المتوفى حديثاً بدلاً من دفنه (Haitdt, Helena Koller, & Dias 1993). وفي دراسة أخرى، طلبَ هايت من أشخاصه الخاضعين تحديد هل من الخطأ أم لا أن ينخرط أخوان في علاقة سفاح محارم بالتراضي (Haidt 2001). ونتيجة لظاهرة تسمّى الآن "التأسيس الأخلاقي الغبي" (moral dumbfounding) [الإصرار الدوغمائي على حكم أخلاقي ما مع عدم إمكانية إعطاء مسوغات جيدة له]، خلُصَ هايت إلى أنّ أشخاصه الخاضعين لم يؤسسوا أحكامهم بشأن التجويز الأخلاقي لفعل ما على أسباب جيدة بل عوضاً عن ذلك على الكيفية التي جعلتهم تلك الأفعال يشعرون بها. فعلى سبيل المثال، وجدَ هايت أنّ أشخاصه الخاضعين استمروا في قول إنّ سفاح المحارم بالتراضي كان خاطئاً حتى عندما قام بتلفيق حالات لم تعد تُطبّق فيها جميع الأسباب التي أعطوها لتبرير أحكامهم[2]. يبقى "التأسيس الأخلاقي الغبي" أطروحة مثيرة

(2) من الأسباب الأكثر شيوعاً التي قُدّمت ضد زنا المحارم هي خطر العيوب الخلقية ومخاوف من سوء المعاملة المحتمل. فعلى سبيل المثال، في إحدى نُسخ حالات زنا المحارم لهايت، تقابلَ القريبان كبالغين فحسب، ولم يكن لديهم تاريخ لعلاقات تضمّنت سوء معاملة، واستمتعوا بشكل كبير بالتجربة، ووافقوا على أن يتم إعقامهم قبل الاتصال الجنسي. في مثل هذه الحالات، واصلَ الأشخاص الخاضعون الحكم

للجدل حول الحكم التقييمي (Jacobson 2013). ومع ذلك، يرى الفلاسفة العاطفانيون أنه دليل قوي لصالح موقفهم. فبالنسبة لهؤلاء الفلاسفة، يبدو أنّ الانفعالات تلعب دوراً أساسياً في أحكامنا الأخلاقية وممارساتنا الأخلاقية.

إذا كانت أحكامنا الأخلاقية، في الواقع، مؤسسة على الانفعال، فإن جاذبية الانفعالات الأساسية تكون أسهل فهماً. تقدّم الانفعالات الأساسية حلاً لمشكلة يعتقد العديد من الفلاسفة أنه ينبغي تفسيرها من خلال أي نظرية أخلاقية مناسبة: مشكلة الخلاف. من البديهي أن ندّعي أنّ الناس يختلفون حول القيم. ومن الصعب تفسير ما تقوله هذه الخلافات بشأن طبيعة الأخلاق.

إنّ الخلافات، على سبيل المثال، تحدث داخل الثقافة وبين الثقافات. فعلى سبيل المثال، لا يزال موضوع هل يجب السماح بالإجهاض موضع خلاف كبير داخل الثقافات وفيما بينها. على الرغم من أنّ العديد من الخلافات قد يتم تفسيرها من خلال حقيقة أنّ أحد طرفيّ النزاع أو كلاهما لديه معلومات ناقصة أو غير صحيحة، إلا أنه يبدو من الممكن أن يختلف الأشخاص المطّلعين جيداً على نحوٍ مساوٍ حول ماهية الصواب أو ما إذا كان الفعل المعين قابلاً للتسويغ. وعلى الرغم من أنّ العديد من الفلاسفة يواجهون الخلاف الأخلاقي بتبنّي نسبية أخلاقية (رؤية مفادها أنّ الدعاوى الأخلاقية محدودة في نطاقها أو تطبيقها)، فقد تحوّل العاطفانيون الذين يأملون في استجابة موضوعية لمشكلة الخلاف الأخلاقي إلى الانفعالات الأساسية للحصول على المساعدة.

> الفكرة هي أنّ العاطفة، أو الاستجابة المشتركة، ترسو بنا بطريقة ما على موضوع مشترك، مما يمكّننا من الاختلاف بشكل جوهري حول الشكل الذي يجب أن يكون عليه الأمر لكي نكون على النحو الذي يجب أن نشعر فيه بهذه العاطفة تجاهه. وبالتالي، إذا كان العاطفانيون على صواب،

على أنّ الفعل كان خاطئاً. وعندما تم الضغط عليهم لإعطاء أسباب، ادّعى الكثير منهم أنّ زنا المحارم كان مثيراً للاشمئزاز فحسب.

فذلك لأنّ مفاهيمنا التقييمية لها صلة خاصة بالعواطف البشرية المشتركة التي تمكننا من الانخراط بشكل هادف في نقاشات حول تطبيقها.
(D'Arms 2005: 13)

إذا كانت الأحكام التقييمية قائمة على استجاباتنا الانفعالية وكانت على الأقل بعض تلك الاستجابات الانفعالية أساسية، فيمكن فِهم الخلافات التقييمية على أنها خلافات حول الظروف التي ينبغي من خلالها الشعور بانفعال معين. إذا كانت هذه الانفعالات **أساسية**، فقد تتوفّر أيضاً إجابة مستقلة عن العقل للمساعدة في تسوية هذه النزاعات. بعبارة أخرى، تقدّم الانفعالات الأساسية إمكانية تأمين نطاق عالمي من القيم الإنسانية بين-الثقافية. لمعرفة سبب وجود مثل هذه المعايير الموضوعية، أحتاج إلى ذِكر المزيد عمّا يدور في ذهن الفلاسفة وعلماء النفس من معانٍ لـ "أساسية" عندما يتحدثون عن "الانفعالات الأساسية".

ما هو الأساسي في الانفعالات الأساسية؟

ماذا نعني بالقول إنّ الانفعال أساسي؟ في هذا القسم، سأتقصّى بشكل موجز ثلاث إجابات محتملة لهذا السؤال. قد تكون الانفعالات أساسيةً بالمعنى التنموي، أو التأليفي، أو الفيلوجيني (Ortony & Turner 1990). الأهم من ذلك، أنّ الانفعال قد يكون أساسياً في جميع المعان الثلاثة. أي أنها لا يُقصي بعضها بعضاً. على الرغم من أنه سؤال حي هل الانفعالات أساسية بأي حال من الأحوال، إلا أنني سأجادل في هذا القسم بأنّ الانفعالات الأساسية من الناحية الفيلوجينية تحمل في طياتها الأمل الأكبر للفلاسفة الأخلاقيين العاطفانيين.

أن تقول إنّ الانفعالَ أساسيٌ من الناحية التنموية يعني أن تقول إنّ الانفعال يظهر مبكراً في سياق التنامي البشري. إنّ إمكانية أن تكون بعض الانفعالات أساسية تنموياً لم تُناقش بشكل خاص بين الفلاسفة أو علماء النفس. تتضمّن

المرشّحات الرئيسية "للانفعالات" الأساسية من الناحية التنموية حالات الشعور الإيجابية والسلبية. حيث تُحدد هذه الحالات تكافؤ جميع الخبرات. وعلى الرغم من أنّ المشاعر الإيجابية والسلبية هي جزء مهم من الخبرة المعاشة، إلا أنّ هذه الحالات تُعدّ "ضعيفة" للغاية لكي تخدم الأدوار المعقدة فلسفياً التي تؤديها الانفعالات الأخلاقية[3]. فلا يمكنها أن تؤسس خلافاً أخلاقياً وتفتقر إلى المحتوى لتفسير الفروق بين الأنواع المختلفة من التقييمات الأخلاقية.

القول إنّ الانفعال أساسي تأليفياً يعني القول إنّ هذه الانفعالات تعمل مثل الذرات بالنسبة للجزيئات. يمكن استخدام الانفعالات الأساسية من الناحية التأليفية في بناء انفعالات أخرى ولا تحتوي على أي انفعالات أخرى كأجزاء.

> يركّز المعيار الرئيسي الذي يستخدمه أولئك الذين يدافعون عن الانفعالات الأساسية بالمعنى (التأليفي) على العلاقة التبادلية بين الانفعالات، بدلاً من التركيز مباشرة على طبيعة الظروف المثيرة. هنا، يتم اعتبار الانفعال أساسي إذا لم يحتوِ على انفعال آخر كمكوّن. (Ortony & Turner 1990)

الشماتة، على سبيل المثال، هي اسم يُطلق على نوع من السرور المستمد من معاناة الآخرين. من غير المرجّح أن تكون الشماتة أساسية تأليفياً. فهي تتحلل إلى عدد من الحالات الأكثر أولية: الألم التعاطفي المستمد من معاناة الآخرين والسرور الناتج عن تلك الخبرة. قد يُعتقد أنّ الكثير من الانفعالات أساسية تأليفياً على الرغم من أنّ هذا الشكل من الأساسية أيضاً لن يكون كافياً لخدمة الوظائف المفيدة فلسفياً التي يلتمسها الفلاسفة من الانفعالات الأساسية.

---

(3) أن نصف الانفعال بأنه "ضعيف = thin" يعني أنه يفتقر إلى المحتوى التقييمي. وقول أنه يَشعر بحالة جيدة (أو سيئة) لا يعني قول ذاك القدر الكبير عنه. قارِن ذلك مع قول إنّ المرء مشمئز من شيء ما. ف مشمئز "أقوى = thicker" من جهة أنها لا تُخبرنا فقط بأمر ما حول تكافؤ الشعور، بل تُدين موضوعه.

قد تتفاوت الانفعالات الأساسية من الناحية التأليفية بشكل واسع عبر الثقافات، وبالتالي تُخفِق في تعليل الخلافات.

أخيراً، يمكننا أن نسمّي الانفعال أساسياً بالمعنى الفيلوجيني. إنّ تسمية الانفعال أساسي فيلوجينياً يعني قول شيء ما عن التاريخ السببي لذلك الانفعال. ينشأ الانفعال الأساسي من الناحية الفيلوجينية كنِتاج عن الانتخاب الطبيعي. يكتب عالم النفس بول إيكمان:

> هنالك مسألتان رئيسيتان، أستخدم فيها صفة الأساسي للتعبير عن الموقف الذي أتبناه... (1) هنالك عدد من الانفعالات المنفصلة التي تختلف عن بعضها البعض بطرق مهمة. (2) لعِبَ التطوّر دوراً مهماً في تشكيل كل من السمات الفريدة والمشتركة التي تُظهرها هذه الانفعالات بالإضافة إلى وظيفتها الحالية. (Ekman 1994: 170)

تتضمّن المرشّحات الرئيسية للانفعالات الأساسية فيلوجينياً الغضب، الاشمئزاز، الخوف، الاندهاش، السعادة، الحزن. من المحتمل أيضاً أن يكون الانفعال الأساسي من الناحية الفيلوجينية أساسياً من الناحية التأليفية بمعنى أنّ الثقافات البشرية يمكن أن توسّع ذخيرتها من الانفعالات الموهوبة تطورياً لتشكّل مزيجاً أكثر تعقيداً (على سبيل المثال، نقل الذنب إلى ذنب الناجين). لذلك، إنّ كون الانفعال أساسياً من الناحية الفيلوجينية يجعله مرشّحاً رئيسياً لحلّ مشاكل الخلاف الأخلاقي ولإضفاء معنى على بَحث التأسيس الأخلاقي الغبي عبر-الثقافي لهايت.

هذا لأنه في حالة وجود الانفعالات الأساسية فيلوجينياً فإنّ البشر النموذجيين عصبياً سيتشاطرون هذه الانفعالات. وإذا ما تشاطر البشر النموذجيون عصبياً هذه الانفعالات، يمكنهم العمل كنقاط اتصال مشتركة للمحادثات الأخلاقية حول وظيفة وغرض هذه الانفعالات. إضافة إلى ذلك، لأنها نتائج تطورية، فستكون هناك إجابة للأسئلة حول ماهية الأشياء المناسِبة لهذه

الانفعالات. وهذا من شأنه أن يسمح للفلاسفة الذين يميلون إلى التجريبية بإحراز تقدّم في التعامل مع الأسئلة الأخلاقية الصعبة التي تكون مؤسسة على هذه الانفعالات. فعلى سبيل المثال، إذا تطور الخجل ليخدم غرضاً محدداً، فقد تكون هنالك طريقة للإجابة على الأسئلة حول هل من المناسب أن نخجل من مظهرنا أو مكانتنا في الصف أو هوياتنا الجَنْدرية. لا عجبَ في أنّ الفلاسفة العاطفانيين يميلون إلى تركيز انتباههم على الانفعالات الأساسية فيلوجينياً (D'Arms & Jacobson 2000). فيما يلي، سأستخدم مصطلح "الانفعال الأساسي" للإشارة إلى الانفعالات الأساسية فيلوجينياً.

الأدلة على الانفعالات الأساسية

ما الدليل على أنّ الانفعالات أساسية؟ وضع تشارلز داروين نظرية مفادها أنّ الحيوانات (بما في ذلك الحيوانات البشرية) تتصرّف بطرق نمطية نسبياً عندما توضع في أنواع محددة من الظروف (Darwin (1873)2009). فعلى سبيل المثال، غالباً ما تتخذ الكلاب وضعيات جسدية تهديدية أو إذعانية لإنشاء مجموعة هرمية. والبشر غالباً ما تتورّد وجوههم فيُخفونها عند قيامهم بأمور مُكلفة اجتماعياً. ربما تطورت الانفعالات، كما جادل، كحلول استراتيجية لمشاكل الحياة العالمية وملاحظاته عن السلوك النمطي والتلقائي على ما يبدو، كانت دليلاً على ذلك. عَقب حجج داروين، هيمنت الأدلة السلوكية على أبحاث الانفعالات الأساسية.

في هذا القسم، سأتقصّى هذا الدليل. وأُركّز بشكل رئيسي على أبحاث التعبيرات الوجهية التي انبثقت من مجموعة أبحاث بول إيكمان لأكثر من أربعة عقود. سأُجادل بأنه على الرغم من أنّ أبحاث إيكمان تشير إلى أنّ الانفعال والتعبير الوجهي مرتبطان، إلا أنّ التعبيرات الوجهية لا تعطينا أدلة على الانفعال الأساسي. وقد نَظرَ البعض كذلك إلى الجسم والدماغ باعتبارهما مصدراً للأدلة على الانفعالات الأساسية. على الرغم من أنّ الكثيرين ادّعوا أنهم عثروا على

أدلة على الملامح الفسيولوجية أو العصبية المستقلة انفعالياً، إلا أنني أُجادل بأنّ التحليلات التلوية لهذه الدراسات تقدّم، في أحسن الأحوال، أدلةً على أطروحة أضعف بكثير مقارنة بوجود الانفعال الأساسي. يمكن أن تمنحنا الأدلة حول وجه الشخص، وجسمه، ودماغه معلوماتٍ مفيدة عن تكافؤ خبرته وعن شدتها ولكن لن يُخبرنا دمج هذه الأجزاء الثلاثة من المعلومات ما هو الانفعال الخاص الذي يختبره الشخص. وسنحتاج للّجوء إلى نماذج أخرى للانفعال لتفسير هذه النتيجة.

في عام 1971، نشرَ بول إيكمان وولاس فريسين دراسة عن التعبيرات الوجهية التي ستخلق نموذجاً جديداً في أبحاث الانفعال (Ekman & Friesen 1971). اعتقد إيكمان وولاس أنّ التعبيرات الوجهية تمثّل حالات انفعالية محددة. ولاختبار هذه الدعوى، احتاج إيكمان وولاس إلى تحديد ما إذا كان الناس حول العالم قد اتفقوا على معنى التعبيرات الوجهية.

اختارَ إيكمان وفريسين شعب الـ Flore في بابوا غينيا الجديدة كموضوعات. تمّ اختيار شعب الـ Flore لأنهم يعيشون في مجموعات صغيرة معزولة نسبياً عن تأثيرات الثقافة الغربية. حيث قامَ إيكمان وفريسين بعرض صور لأشخاص أمريكيين أمام أفراد شعب الـ .Flore نظراً لانعزالهم، كان يُنظر إلى شعب الـ Flore على أنهم موضوعات ممتازة لاختبار افتراض داروين حول الصلة بين السلوك، خاصة التعبيرات الوجهية، والانفعال. كل صورة كانت عبارة عن صورة تمّ اقتصاصها عن قُرب لوجه شخص ما كان إيكمان وفريسين قد بذلا جهداً كبيراً في أخذها. تمّ تقديم لكل فرد من الـ Flore كلمة واحدة من ثلاث كلمات عن الانفعال (تمّت ترجمتها من الإنكليزية إلى اللغة الأصلية لشعب الـ Flore) ومن ثمّ تمّ سؤالهم عن الانفعال الذي يمثله الوجه في الصورة المقدّمة. إذا كانت التعبيرات الوجهية قد اكتسبت معناها نتيجة حقائق اجتماعية-تاريخية فإنّ شعب الـ Flore، الذين يفتقرون إلى المعرفة بالثقافة الغربية، يجب أن يستجيبوا بشكل عشوائي إلى حدٍ ما عندما يُطلب منهم مطابقة تعبيرات الوجه مع

الكلمات الانفعالية. إلا أنّ هذا لم يكن ما قد لاحظه إيكمان وفريسين. إذ وصلَ أفراد الـ Flore إلى نفس الأنواع من الإجابات التي وصلَ إليها أقرانهم الغربيين. فالوجوه المبتسمة كانت مرتبطة مع السعادة، والوجوه العابسة مع الغضب، وهلم جراً.

وسرعان ما تبنّت الأبحاث الأخرى المقاربة المنهجية لإيكمان وفريسين وطبّقتها في جميع أنحاء العالم (Ekman 1972b; Matsumoto 1992). تمّ تأويل ما يبدو أنه تقارب مذهل لسكان العالم في الأسئلة حول معنى التعبيرات الوجهية على أنه إثبات قوي لاقتراح داروين الذي مفاده أنّ الانفعالات أساسية. حيث جادل إيكمان بأنّ الانفعالات الأساسية هي ما سمّاه بـ "برامج العاطفة". وبرامج العاطفة هي وحدات ذهنية. وبالتالي، فهي دارات عصبية غير واعية تطورت لتُنتِج الاستجابات النمطية. تُثار برامج العاطفة بواسطة مدخلات محددة متصلة انفعالياً وتُنتِج مخرجات مميزة انفعالياً (Ekman 1972a). كل انفعال، وفق هذه الرؤية، يكون قابلاً للتمييز عن غيره بحكم المدخلات والمخرجات المقترنة به. فالخوف، على سبيل المثال، يمكن فهمه على أنه استجابة الإدراك الحسي لأمرٍ ما كالتهديد الوشيك. فعند إثارتها، تُنشّط وحدات الخوف وتُحضّر المخلوق للقتال أو الهروب من مصدر التهديد. تتضمّن هذه التحضيرات تغييراتٍ خاصة بالانفعال في فسيولوجيا الكائن الحي (زيادة معدل ضربات القلب، وضغط الدم، وما إلى ذلك) وتتضمن في البشر وغيرهم من القرود إنتاج تعبيرات الوجه الخاصة بالانفعال. على الرغم من أنّ نموذج أبحاث التعبيرات الوجهية قد تمّ تكراره بنجاح من قِبل الباحثين لعقود من الزمن، إلا أننا يجب أن نكون حذرين من الاستنتاج الذي استخلصه إيكمان والآخرون منه. وبشكل خاص، أقترح أن ننتقل بعجالة من تقارب دراسات الحكم على تعبيرات الوجه إلى الادّعاءات المتعلقة ببرامج العاطفة والانفعال الأساسي (Russell 1995).

ترتكز مقاربة برنامج العاطفة للانفعال على عدد من الافتراضات. الأول، دعوى أنّ الانفعالات تطورت لِتُنتِج تعبيرات وجهية محددة. الثاني، إنّ البشر

تطوروا لاكتشاف هذه الإشارات لفهم الحيوات الانفعالية لمن حولنا بشكل أفضل. الثالث، إنّ هذه الإشارات يصعب تزويرها بشكل مقنع. لقد تمّ تحدّي جميع هذه الافتراضات الثلاثة في السنوات الخمس والعشرين الماضية.

لقد خضعت دراسات أحكام تعبيرات الوجه إلى العديد من المسارات النقدية. يتعارض أحد هذه المسارات مع منهجية إيكمان، التي تبنّتها معظم دراسات أحكام تعبيرات الوجه. إذ استخدمَ نموذج إيكمان ما يُعرف بـ مخطط الاختيار-القسري خلال-الشخص. على الرغم من أنّ استخدام أي تصميم دراسي معين، بحد ذاته، ليس مفيداً ولا مضرّاً، إلا أنّ القرارات المنهجية يمكن أن تؤثر على طريقة تحليلنا لنتائج كل دراسة (Russell 2016). يتعين على الأشخاص الخاضعين لتجربة "الاختيار-القسري" اختيار استجابة من بين تلك التي يقدّمها البحث. في حالة دراسات تعبيرات الوجه، يُشير النقّاد إلى أنّ صيغة استجابة الاختيار-القسري تُزيد بشكل مصطنع درجة التقارب. ربما أفضل توضيح لمشكلة استعمال تجارب الاختيار- القسري خلال-الشخص هو ما كان في سلسلة الدراسات التي يمكن فيها، حسب الخيارات المتاحة، جعل الأشخاص الخاضعين يتلاقون عند إجابات مختلفة، حتى عند الإجابات غير المنطقية، عند سؤالهم عَمَّ يُعبّر الوجه المحدد (DiGirolamo & Russell 2017).

أن نقول على تجربة ما إنها "خلال-الشخص = within-subject" يعني أن نقول إنّ كل شخص في التجربة يتعرض لمجموعة التحفيز برمّتها (Russell 1995). وفي سياق دراسات تعبيرات الوجه، فإنها تعني أنّ كل شخص تُعرض عليه جميع صور التعبيرات الوجهية المستخدمة في التجربة ويُطلب منه إصدار أحكام بشأنها. لماذا قد يشكّل هذا مشكلة لدراسات الأحكام؟ إنّ التعرّض المتكرر لعدد من الوجوه يُهيئ الأشخاص إلى إيلاء اهتمام أوثق بالاختلافات بين الوجوه وبالتالي التأثير على أحكامهم حول معنى كل وجه. تعمل هذه الميزة على زيادة معدّلات التقارب بشكل مصطنع. أما دراسات أحكام تعبيرات الوجه التي تعتمد صِيغ "الاستجابة-الحرة" (حيث يُطلب من الأشخاص تدوين ما يعتقدون أنها

تعبيرات وجهية) أو مخطط "بين-الأشخاص= between-subject" (حيث يُعرض للأشخاص تعبير وجه واحد فحسب) فتُظهِر معدّلات تقارب أقل بشكل ملحوظ مقارنة ببروتوكول إيكمان الأكثر تقليدية. ينطبق هذا بشكل خاص على الدراسات التي تستخدم أفراداً من الثقافات غير الغربية كأشخاص اختبار (Gendron et al. 2014).

يجادل النقّاد بأنّ هذه التجارب الهامة تُبيّن لنا أنّ التصميم الدراسي الذي يستخدمه معظم الباحثين في تعبيرات الوجه يُنتِج هذه المعدّلات العالية من التقارب في الإجابة. على الرغم من أنّ هذه الانتقادات المنهجية لا تستبعد وجود الانفعالات الأساسية، إلا أنها تُضعِف نوع الأدلة التي تقدّمها دراسات تعبيرات الوجه.

أمّا المجموعة الثانية من الانتقادات المثارة ضد نموذج تعبيرات الوجه فتستهدف الافتراض الذي مفاده أنّ الانفعالات الأساسية تطوّرت لِتُنتِج تعبيرات وجهية محددة كإشارات. ففي دراسة، أُجريت في عشرينات القرن الماضي، حاولَ كارني لانديس إثارة حالات انفعالية قوية في أشخاصه الخاضعين. قام لانديس بذلك بطرقٍ مختلفة تضمّنت مطالبة الأشخاص بوضع أيديهم في دلو من الضفادع، وشم الأمونيا، ورؤية صور إباحية؛ في نهاية التجربة، طلبَ لانديس من أشخاصه الخاضعين قطع رأس فأر حي (Landis 1924). خلال التجربة، التقطَ لانديس صوراً للتعبيرات الوجهية لأشخاصه الخاضعين. ومما أدهشه، أنه وجدَ أنّ الاشخاصَ نادراً ما أنتجوا التعبيرات الوجهية النمطية المقترنة بشكل شائع مع الانفعالات الأساسية. على الرغم من أنّ مقاربة لانديس لها مشاكلها المنهجية (والأخلاقية) الخاصة بها، إلا أنّ بيانات لانديس ستحثّ الباحثين الآخرين على اختبار الافتراض الذي مفاده أنّ الانفعالات الأساسية تطورت لِتُنتِج تعبيرات وجهية محددة.

سعى خوسيه فرنانديز-دولز وزملاؤه إلى اختبار هذه الافتراضات في أواخر تسعينات القرن الماضي. حيث كانوا مهتمين بأنواع التعبيرات الوجهية التي

يُحدِثها الناس تلقائياً أثناء مرورهم بوقائع انفعالية قوية. فعلى سبيل المثال، لاحظوا الفائزين بالميداليات الذهبية عند فوزهم في مسابقاتهم، وعندما كانوا ينتظرون أثناء حفل توزيع الجوائز، وأثناء لحظة وضع الميداليات حول أعناقهم (Fernndez-Dols & Ruiz-Belda 1997). كما درسوا أيضاً التعبيرات الوجهية المتولدة تلقائياً في عدد من الأماكن العامة المختلفة بما في ذلك التعبيرات الوجهية لمشجّعي كرة القدم أثناء المباراة (Fernndez-Dols & Crivelli 2013). إذا كانت التعبيرات الوجهية قد تطوّرت كإشارات غير إدراكية (غير واعية) للانفعالات الأساسية، فإنه يبدو أنّ مشجّعي كرة القدم والفائزين بالميداليات الذهبية أفضل الموضوعات للاختبار.

ومثلَ لانديس، لم تتوافق نتائج فرنانديز-دولز مع توقعات نموذج تعبيرات الوجه. حيث اكتشفَ أنه على الرغم من أنّ الأشخاص أبلغوا عن مشاعر قوية خلال تجربتهم مع الميدالية الذهبية، على سبيل المثال، إلا أنهم لم يُنتجوا إلا تعبير الوجه المتوقع عندما كانوا يخضعون للتدقيق العام. وعند وضع الميدالية حول أعناقهم، ابتسم الفائزون بالميدالية الذهبية. ومع ذلك، كانت الابتسامات مفقودة خلال العناصر الأخرى من تجربتهم. جادلَ فرنانديز-دولز وآخرون بأنّ التعبيرات الوجهية كانت على الأرجح ناتجة عن الإشارات الاجتماعية بدلاً من برامج العاطفة التلقائية. أثبتت محاولات كشف قوة الارتباط بين الانفعال المشعور والتعبير الوجهي باستمرار أنّ الارتباط أضعف مما كان متوقعاً من قِبل منظّري برنامج العاطفة (Reisenzein et al. 2013). إضافة إلى الانتقادات المنهجية لنموذج برنامج العاطفة، بدأ باحثو الانفعال في البحث عن سُبل أخرى لدعم الانفعالات الأساسية.

لقد تلقّت الأدلة من دراسات أحكام تعبيرات الوجه، وإن كان يُنظر لها في البداية أنها تدعم بقوة الانفعالات الأساسية، نظرة انتقادية ثانية في أواخر القرن العشرين وأوائل القرن الحادي والعشرين. في غضون ذلك، سعى منظّرو الانفعالات الأساسية، بشكل خاص، إلى البحث عن أنواع أخرى من الأدلة

لدعم وجهات نظرهم. حيث تمسّك هؤلاء الباحثون، على وجه الخصوص، بأملهم في أنّ أجسامنا وأدمغتنا ستزودهم بأدلة واضحة عن الانفعالات الأساسية. إذا كانت الانفعالات المنفصلة قد تطورت لتحلّ نزاعات حياتية محددة، فإنّ هذه الانفعالات قد تكون قابلة للتحديد بواسطة أنماط منفصلة من الإثارة والتنشيط العصبي أو الفسيولوجي. لقد ظهر انفجار في الدراسات في تسعينات القرن الماضي وبداية هذا القرن ادّعت جميعها أنها اكتشفت علامات خاصة-بالانفعال للقلق، والغضب، والحزن، والاشمئزاز، والسعادة، وما شابه. على أية حال، عند اخضاعها إلى التحليلات التلوية، فإنّ قوة وفرادة هذه العلامات الخاصة-بالانفعال تهوي بشكل كبير (Phan et al. 2002; Wager et al. 2015). حتى وقت كتابة هذا التقرير، لا يزال هنالك خلاف قوي حول متانة العلامات العصبية أو الفسيولوجية الخاصة بالانفعال.

يحتكم الفلاسفة العاطفانيون إلى الانفعالات الأساسية على أمل معالجة الأسئلة الطويلة الأمد حول طبيعة الأحكام الأخلاقية والخلافات الأخلاقية. يبدو أنّ الانفعالات الأساسية مهيأة لتفسير كيف يمكن فهم الخلافات الأخلاقية، حتى الراديكالية منها، من دون اللجوء إلى النسبوية الأخلاقية. على أية حال، في ضوء ما أصبحَ إجماعاً متنامياً بعيداً عن الانفعالات الأساسية بين علماء النفس، وعلماء الأعصاب، وفلاسفة العقل، يتعين على العاطفانيين البحث في مكان آخر عن وسائل لمعالجة هذه المخاوف. تميل صورة الانفعالات الناشئة إلى الابتعاد عن الانفعالات باعتبارها أساسية وتتجه إلى رؤية الانفعالات باعتبارها إدراكات حسية مستنيرة ثقافياً.

ما وراء الانفعالات الأساسية

على الرغم من أننا لدينا سبب للشك في وجود الانفعالات الأساسية، إلا أنه يمكن للفلاسفة العاطفانيين انقاذ قدر كبير من المواد المفيدة من نظريات الانفعال المنبثقة استجابةً إلى الانتقادات التي تمّت مناقشتها سابقاً. إضافة إلى

ذلك، إنّ الاكتشافات الحديثة حول القدرات المتنوعة والتي يشار إليها جميعاً حالياً على أنها أشكال من التعاطف، خاصة أنها تظهر في السيكوباتيين والأشخاص ذوي الأداء العالي المصابين بالتوحّد، لا تُقدِّم المزيد من الأدلة فحسب للمقاربة العاطفانية بل يمكن أن تحلّ محل الانفعالات الأساسية وظيفياً. هذا يعني أنّ التعليلات البنائية للانفعال يمكن أن تستوفي غالب الأدوار التي كان يُعتقد من قبل أنّ الانفعالات الأساسية مناسبة لها بشكل فريد. في هذا القسم، سأتقصّى بشكل موجز نظريات الفعل المفاهيمية والبنائية النفسية المعاصرة. وفي القسم التالي، والأخير، سأشرح كيف يمكن للقوة الفاعلة [agency] التوحّدية والسيكوباتية أن تمهّد الطريق نحو علم نفس أخلاقي أكثر إرضاءً.

إذا لم تكن الانفعالات أساسية، فما هي إذن؟ كيف نفسّر العالمية الظاهرة للخبرات الانفعالية والتعبيرات الوجهية الانفعالية؟ تعالِج المقاربات البنائية النفسية للانفعال هذه الأسئلة من خلال التمييز بين "العاطفة=affect" و"الانفعال=emotion". فالعاطفة، وفق هذه الرؤية، هي الجانب الأساسي فيلوجينياً لجميع الخبرات بما في ذلك الخبرات غير الانفعالية. تُحدِّد العاطفة "الشعور بـ" أو "فينومينولوجيا" الخبرة ويتم تحديدها من حيث التكافؤ (إيجابي\سلبي) ومن حيث الاستثارة (عالية\منخفضة) (Feldman Barrett 2006). فالجوع، على سبيل المثال، قد يتضمّن مكوّناً عاطفياً مستثاراً للغاية لكنه سلبي. على الرغم من أنّ الانفعالات تتضمّن العاطفة كمكوّن، إلا أنّ الانفعالات هي مجموعات ذات مغزى من الأسباب، والتغييرات العاطفية، والأفكار، والسلوكيات التي أُعطيت معناها نتيجة البناء الثقافي.

> على غرار مقاربة الانفعالات الأساسية، تأخذ النماذج البنائية النفسية التطوّر على محمل الجد وتأخذ بعين الاعتبار كيف أنّ للعوامل البيولوجية وعوامل الأجناس-العامة دور ما في الأحداث التي يُطلق عليها تقليدياً "الحزن"، و"الغضب"، والخوف". وعلى غرار مقاربة التقييم، تتضمن

> مقاربة البناء النفسي للانفعال صنع المعنى من دون التلميحات الحسية. وعلى غرار المقاربة البنائية الاجتماعية للانفعال، تأخذ مقاربات البناء النفسي بعين الاعتبار عناصرَ الانفعال المحددة (ثقافيا). وبسبب آثار الثقافة والتعلم المكوّنة اجتماعياً، من غير المفترض أن تكون هناك فئة انفعال أساسية بيولوجياً. (Barrett 2009: 1290)

تمتلك المفاهيم الانفعالية تأثيرات أعلى-أسفل على الخبرة العاطفية. فهي تبني الكيفية التي نفهم بها أسباب التغيّر العاطفي ومعنى التغيّر ذاته. فـ فاغو، سونغ، وما شابه هي جزء من العالم الانفعالي والاجتماعي لشعب الإيفالوك. إنّ المفاهيم الانفعالية تبني وتنظّم كيفية رؤية الشخص للعالم. بنفس الطريقة التي لا نضطر فيها إلى بذل جهد بشكل واعٍ لتحليل إدراكاتنا الحسية **إلى** سيارات، طيارات، كمبيوترات، وما شابه، فمفاهيمنا الانفعالية تبني خبراتنا العاطفية بشكل تلقائي نسبياً. ونظراً لأنه يجب تعلّم المفاهيم الانفعالية (حيث تعتمد على اللغة والثقافة)، فإنّ مقاربات الانفعال هذه تتخلّى بشكل مريح عن نموذج الانفعال الأساسي.

> وفقاً لنموذج الفعل المفاهيمي، توجد فئات الانفعال لأنّ مجموعات من الناس يتفقون (لأسباب فينومينولوجية واجتماعية) على أنّ هذه الطريقة فعالة في تحليل النشاط الذهني المستمر الذي يتحقق في الدماغ. يتوافق النموذج مع الملاحظة التي مفادها أنّ بعض الفئات مستقرة عبر الثقافات (لأنها تعمل على معالجة بعض المخاوف الإنسانية العالمية التي تنشأ من العيش في مجموعات كبيرة ومعقدة)، في حين أنّ الفئات الأخرى تكون محددة الثقافة. يفترض نموذج الفعل المفاهيمي أنّ حالات الفئة المسمّاة بعبارات الانفعال هي حقيقية، لكنها تستمد واقعها من العقل البشري (في سياق العقول البشرية الأخرى). (Barrett 2009: 1293)

تسمح نظريات الفعل المفاهيمي بقدر كبير من التباين من جهة كيفية تحليل الثقافات الفضاء العاطفي إلى خبرات انفعالية وغير انفعالية. فعلى سبيل المثال،

"الكثير من الصينيين المكتئبين لا يُبلِغون عن الشعور بالحزن، بل يُظهرون الملل، وعدم الراحة، ومشاعر الضغط الداخلي، وأعراض الألم، والدوار، والإعياء. قد تُربِك هذه الأعراض المشفّرة ثقافياً التشخيص بين المهاجرين الصينيين في الولايات المتحدة، حيث يجد الكثير منهم أنّ التشخيص بالاكتئاب غير مقبول من الناحية الأخلاقية ولا معنى له من الناحية التجريبية" (Kleinman 2004). تتوافق هذه النتائج مع نظرية الفعل المفاهيمي.

سأتوقف هنا للإشارة إلى أنّ الانفعالات، وفق نموذج الفعل المفاهيمي للانفعال، هي آثار ثقافية. لذلك، فإنّ العاطفانيين المهتمين بترسيخ القيم الأخلاقية في الانفعال سيكونون مدفوعين إلى تبنّي نوع من النسبوية الثقافية. إنّ المفاهيم الانفعالية ذات الصبغة الأخلاقية لن تكون ذات معنى إلا داخل تلك المجموعات التي تكون فيها هذه الانفعالات متاحةً لبناء الخبرة العاطفية. ومع ذلك، أزعم أنّ هذا القبول له إيجابيتين:

الأولى، من المحتمل على الأقل أن تكون بعض المفاهيم الانفعالية عابرة لجميع الثقافات [pancultural] بحكم كونها مفيدة في بناء العلاقات الاجتماعية وتنظيم توزيع الموارد النادرة. قد يكون الخجل [shame] من هذه الانفعالات (Wong & Tsai 2007). وبقدر ما يتم تشاطر الانفعالات التنظيمية الأخلاقية كالخجل عبر الثقافات، فإنّ افتقارها إلى الأساسية لا يمثّل مشكلة للتواصل الأخلاقي عبر الثقافات. الثانية، تقدّم نماذج الفعل المفاهيمي تنبؤات حول كيفية اكتساب الأفراد المفاهيم الأخلاقية المحمّلة انفعالياً واستعمالها. في القسم التالي، أُجادل بأنّ التحقيقات بشأن المفاهيم الأخلاقية للأشخاص السيكوباتيين وذوي الأداء العالي المصابين بالتوحّد تدعم بشكل كبير هذه التنبؤات وتوفّر مزيداً من التبصّر في طبيعة قدراتنا الأخلاقية.

السيكوباتية، التوحّد، وعلم النفس الأخلاقي العاطفاني

تتضمّن نظريات الفعل المفاهيمي للانفعال عنصراً أساسياً، العاطفة، وعنصراً مبنياً، الانفعال. على الرغم من أنّ العاطفة هي ظاهرة معقدة، إلا أنّ بعض العناصر قد تكون أكثر أهمية تجاه اكتساب المفاهيم الأخلاقية من غيرها. فعلى وجه الخصوص، بالرغم من أنّ التوحّد والسيكوباتية غالباً ما يتم تميزهما من خلال العجز التعاطفي، إلا أنني أزعم أنّ هذه العُجُوزَات تختلف جذرياً من فرد إلى آخر. فالأشخاص ذوي الأداء العالي المصابون بالتوحّد يُظهرون قدراتٍ على اكتساب المفاهيم الأخلاقية في حين لا يستطيع السيكوباتيون القيام بذلك. يمكن أن يساعدنا التحقيق في قدراتهم التعاطفية على فهم قدراتنا الأخلاقية الأساسية.

السيكوباتية أو الاعتلال النفسي هو اسم مثير للجدل لتشخيص مثير للجدل. عندما أُشير إلى السيكوباتية، فإنني أُشير إلى الحالة التي حددها لأول مرة هيرفي كليكي في أربعينيات القرن الماضي والتي تمّ تحسين معاييرها التشخيصية بواسطة روبرت هير وقائمة فحص السيكوباتية الخاصة به (PCL-R). ولا أعتزم في نفس الوقت الإشارة إلى تشخيص اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (ASPD) في الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية (الجمعية الأمريكية للطب النفسي 2013؛ Hare et al. 1991). تُعيِّن السيكوباتية، وفق هذا الفهم، اضطراب الطيف المعقد الذي يتم تشخيصه في الأساس من خلال سمات الشخصية والقدرات الانفعالية. ونظراً لأنه اضطراب في الطيف، فسأقصر اهتمامي على فئة فرعية من السيكوباتيين يُشار إليهم باسم السيكوباتيون الناجحون. يُحرِز السيكوباتيون الناجحون درجاتٍ عالية في PCL-R لكنهم يفتقرون كذلك إلى الاعتلالات المشتركة الحدوث الأخرى التي تقوّض العقلانية (Babiak et al. 2010).

يقال عن السيكوباتيين إنهم يفتقرون إلى القدرة على شعور بالكَرْب التعاطفي [التشاعري]. يحدث الكَرْب التعاطفي عندما نجد أنفسنا متألمين على

الفور أثناء مشاهدة شخص آخر يعاني. فهو ذلك الاسم المعطى لشكل معين من التعاطف الذي يكون أساسياً في جميع المعاني الثلاثة للمصطلح. فهو أساسي تنموياً، بمعنى أنّ الكَرْب التعاطفي، لكافة البشر تقريباً، يتطور في حدود 24 شهراً. وهو أساسي تأليفياً، بمعنى أنّ الكَرْب التعاطفي لا يمكن أن يتفكك إلى خبرة أكثر أولية. وأخيراً، نظراً لأنّ هذه القدرة تتواجد في العديد من الأنواع الثدية، فإنّ هنالك أدلة على أنه أساسي فيلوجينياً أيضاً. يُعتقد أنّ الكَرْب التعاطفي تتوسّطه العصبونات المرآتية في القشرة الجسمية الحسية التي تتفعّل استجابةً إلى إدراكنا الحسي لمعاناة الآخرين (Fecteau et al. 2008). بالإضافة إلى افتقارهم إلى الكَرْب التعاطفي، يتميّز السيكوباتيون أيضاً بسماتٍ شخصيةٍ متضمّنةٍ الطلاقة، الجاذبية السطحية، الخداع، وما إلى ذلك (Ramirez 2016). على الرغم من أنّ السيكوباتيين يتم تمييزهم من خلال عدم القدرة على الشعور بالكَرْب التعاطفي، إلا أنّ السيكوباتيين الناجحين غالباً ما يُتقِنون شكلاً آخر من التعاطف: التضليل. هذا الشكل من "التعاطف هو عملية يُحرِز الفرد من خلالها فِهماً معرفياً لاعتقاد، أو معرفة ما حول الحالات الذهنية للآخر" (Battaly 2011: 286). إنّ التعاطف أو التقمّص عبر قراءة الأفكار هو سمة مفيدة على نحوٍ خاص للسيكوباتيين لأنها تُتيح لهم خداع الآخرين والتلاعب بهم من خلال التنبؤ بحالاتهم الذهنية.

التوحّد هو أيضاً اضطراب في الطيف. فهو، مثل السيكوباتية، غالباً ما يتم تمييزه من خلال العجز التعاطفي، وصعوبة التعاطف، وتدهورات في الأداء الاجتماعي (McIntosh et al. 2006)[4]. على الرغم من أنّ السيكوباتية والتوحّد

(4) سيرفض مناصرو التنوّع العصبي، بحق، التوصيفات التي تقدّم التوحّد كاضطراب أو اعتلال ذهني (Ramirez 2016). لأسباب تتعلق بأهداف حجّتي، سأركّز فقط على الاختلافات في مستوى الأهلية بين الأشخاص ذوي التوحّد، والسيكوباتيين، والنموذجيين عصبياً. وسأضع جانباً الأسئلة المتعلقة بـ هل من الأفضل أن يُنظر إلى التوحّد باعتباره اضطراباً ذهنياً أم باعتباره مثالاً عن التفاوت في الأنماط البشرية في إدراك العالم.

تتضمنان عجزاً تعاطفياً، إلا أنّ هذا العجز يُفصح عن قدرات مختلفة. ففي حين يفتقر السيكوباتي إلى القدرة على الكَرْب التعاطفي ويتفوّق في قراءة الأفكار، يمتلك الفاعلون ذوي الأداء العالي المصابون بالتوحّد قدرة سليمة على الكَرْب التعاطفي لكنهم يواجهون صعوبة في القدرات الأساسية لقراءة الأفكار[5].

تُترجم الاختلافات التعاطفية بين الأشخاص ذوي الأداء العالي المصابين بالتوحّد والسيكوباتيين إلى اختلافات في الفهم الأخلاقي والقدرة الأخلاقية. فالسيكوباتيون يعانون من صعوبة التمييز بين ما يسمّيه علماء النفس انتهاكات المعايير الأخلاقية وانتهاكات المعايير العُرفية. على الرغم من أنّ هذا التمييز مُثير للجدل، إلا أنه يُعتقد أنّ معايير العُرف تعتمد على السلطة، لا على الضرر، وتكون محدودة في سياقها. فعلى سبيل المثال، تعتمد قاعدة رفع الشخص ليده قبل التكلّم على السلطة. فإذا ما أعلنَ المتكلّم أنّ جمهوره له مطلق الحرية في طرح الأسئلة دون الحاجة إلى رفع اليد، لم يعد هنالك تطبيق للقاعدة. عند دراسة هذه الفروق، يفسّر علماء النفس المعايير الأخلاقية باعتبارها مستقلة-عن السلطة، وخطيرة، وقائمة على الضرر، وعالمية[6]. يميل السيكوباتيون إلى رؤية جميع المعايير على أنها معايير عُرفية (Dolan & Fullam 2010). إضافة إلى ذلك،

---

(5) كما هو الحال مع أي اضطراب طيفي، فإنّ العموميات مثل هذه ترسم حدوداً واسعة للغاية حول القدرات التي يمتلكها الفرد. على الرغم من أنّ بعض الباحثين جادلوا بأنّ الأشخاص ذوي التوحّد لديهم في الواقع قدرات متضائلة على الكَرْب التعاطفي، مقارنة بالعجز الملاحظ عند السيكوباتيين، إلا أنّ الاختلافات بين الأشخاص ذوي الأداء العالي المصابين بالتوحّد والأشخاص النموذجيين عصبياً أقل وضوحاً. فعلى سبيل المثال، يعاني السيكوباتيون من نقصان كبير في تكوين المَيالين [myelination] في مناطق يُعتقد أنها تحتوي على العصبونات المرآتية التي قد تفسّر افتقارهم الملحوظ للكَرْب التعاطفي (Ly et al. 2012).

(6) على الرغم من أنّ الفرق الأخلاقي\العُرفي محل جدل، إلا أنني استخدمته هنا لإظهار أنّ السيكوباتيين يتوارثون نوعاً من الإعاقة الأخلاقية نتيجةً لافتقارهم إلى الكَرْب التعاطفي (Greenspan 2003). ولستُ بحاجة إلى أن أُلزم نفسي بالادّعاء الذي مفاده أنّ معنى "الأخلاقي" المحدد بواسطة مهمة الأخلاقي \العُرفي صحيح في الأساس.

يفتقر السيكوباتيون إلى نوع التحفيز الأخلاقي الذي أشرتُ إليه سابقاً عند مناقشة الطبيعة الخاصة للأحكام الأخلاقية الصادقة. ونظراً لأنهم ينظرون إلى جميع المعايير باعتبارها مجرّد معايير عُرفية، فإنّ المعايير الأخلاقية تفتقر إلى القوة أو الإلزام الخاص.

يمكن لمعظمنا أن يُلاحِظ بسهولة، على سبيل المثال، أنّ هنالك فرقاً بين كيفية عمل المعايير مثل "من الخطأ ارتداء اللون الأبيض بعد عيد العمال" و"من الخطأ سرقة هوية شخص ما". ففي حين أنّ القوى قد تغيّر معايير الموضة، إلا أنّ نواهي إلحاق الأذى بالآخرين غير التوافقية ستستمر في العمل حتى لو دعت شخصية نافذة إلى عدم تطبيقها. إنّ الميل إلى رؤية المعايير الأخلاقية باعتبارها مستقلةً عن السلطة يستمر إلى أبعد من ذلك إلى درجة أنّ الكثيرين، بما في ذلك المجتمعات الدينية المتشددة، يرون استقلال المعايير الأخلاقية عن سلطة الربّ (Nucci & Turiel 1993).

يبدأ الأطفال، بما في ذلك الأطفال المصابين بالتوحّد، في تمييز الفرق الأخلاقي\العُرفي في عمر يزيد قليلاً عن عامين (Turiel 1977). أمّا السيكوباتيون، من الناحية الأخرى، لا يلحظون الفرق بشكل واضح أو ثابت. على الرغم من أنّ المفاهيم الأخلاقية للأفراد المصابين بالتوحّد يمكن بناؤها بشكل مختلف عن المفاهيم الأخلاقية التي لدى النموذجيين عصبياً، إلا أنّ قدرتهم على تمييز الفرق الأخلاقي\العُرفي، وخاصة رغبتهم في إضفاء الطابع العالمي على القواعد الأخلاقية، توضّح أنّ المفاهيم الأخلاقية للأشخاص المصابين بالتوحّد هي مفاهيم أخلاقية كاملة (Kennett 2002; McGeer 2008). يمكن لنظرية الفعل المفاهيمي للانفعال أن تساعد في تفسير سبب احتفاظ الأشخاص المصابين بالتوحّد بقدرتهم على تكوين مفاهيم أخلاقية وسبب عدم قدرة السيكوباتيين على ذلك.

تنص نظرية الفعل المفاهيمي للانفعال على أنّ المفاهيم الانفعالية يتم اكتسابها عن طريق الانتقال الثقافي. والحامل الرئيسي للانتقال الثقافي للمفاهيم

الأخلاقية هو العَدْوى التعاطفية (Ramirez 2016). فعلى وجه الخصوص، إنّ الأطفال الذين لديهم قدرة سليمة على العَدْوى التعاطفية سيحاكون التعبيرات الانفعالية لأولئك الذين حولهم، ويتعلمون إعطاء أنماطاً محددة من أسماء التعبيرات الانفعالية، وبذلك يُطوّرون المفاهيم الانفعالية التي تبني خبراتهم العاطفية الناضجة (Feldman & Barrett 2006). وستبني الثقافات المختلفة مفاهيمهم الانفعالية بشكل مختلف، وفقاً لاحتياجاتهم الخاصة. على الرغم من أنّ بعض المفاهيم الانفعالية الخاصة ستثبت أنها مفيدة عبر الثقافات.

إذا اكتسبت بعض المفاهيم الأخلاقية معناها من المفاهيم الانفعالية، كما يدّعي العاطفانيون، فإنّ العَدْوى التعاطفية تلعب دوراً رئيسياً في اكتساب المفاهيم الأخلاقية. ولأنّ الأشخاص ذوي الأداء العالي المصابين بالتوحّد قادرون على الكَرْب التعاطفي، فسيبقون قادرين على تكوين المفاهيم الأخلاقية. يمكن لمشاكلهم في قراءة الأفكار أن تجعل تطبيق هذه المفاهيم أمراً صعباً لكنّ قدرتهم على ملاحظة الفرق بين المعايير العُرفية القائمة على السلطة بشكل بحت والمعايير الاخلاقية القائمة على الأذى تنبئ بشكل واضح عن فهمهم للنطاق الأخلاقي على أنه نطاق مستقل ومدعوم عاطفياً (McGeer 2008).

السيكوباتيون، من الناحية الأخرى، يفتقرون إلى القدرة على الانخراط في الكَرْب التعاطفي. وبالتالي لا يمكنهم اكتساب المفاهيم الأخلاقية باستعمال المسار التقليدي. تمتلك مفاهيمهم ذات الصبغة الأخلاقية شكل البيانات الأنثروبولوجية الوصفية. فعدم قدرتهم على الشعور بالألم نتيجة الأذى الذي يُسبّبونه أو الشعور بالذنب نتيجة الأخطاء الأخلاقية الانتهاكية يمكن إرجاعها إلى عدم قدرتهم على تكوين مفاهيم أخلاقية حقيقية. وهذا هو بالضبط ما تتنبأ به نظرية الفعل المفاهيمي للانفعال[7]. يتعين على العاطفانيين المهتمين باكتساب

(7) لا يخلو السيكوباتيون تماماً من الانفعالات الأخلاقية. فهم قادرون على الغضب الشديد، على سبيل المثال، ويبدو أنّ ما يسمى بالسيكوباتيين "الثانويين" قادرون على درجة من الخجل، على الرغم من أنّ هذا الخجل غالباً ما يركّز على الفشل في

صورة مناسبة تجريبياً عن طبيعة المفاهيم الأخلاقية وبنية التعليم الأخلاقي التركيز على المفاهيم الأخلاقية للسيكوباتيين وللأشخاص ذوي الأداء العالي المصابين بالتوحّد. فمن هاتين المجموعتين نتعلّم أنّ العَدْوى التعاطفية هي الوسيلة الرئيسية لاكتساب المفاهيم الأخلاقية. وبالنظر إلى الطبيعة البنائية لنظرية الفعل المفاهيمي، تنبثق البنائية العاطفانية [sentimentalist constructivism]. على الرغم من أنّ هذا قد يبدو أنه يحسم احتمالية التواطؤ الأخلاقي، إلا أنه لا يقوم بذلك. فعلى سبيل المثال، تُعدّ الممارسات الزراعية شائعة إلى حدٍ ما ونمطية إلى حدٍ ما. فأهمية تدوير المحصول، والري، وغيرها من الممارسات تمّ اكتشافها عدة مرات في مختلَف الثقافات. ومع ذلك، ليست الزراعة ممارسة بشرية أساسية. وبالمثل، فإنّ الانفعال ليس أساسياً بالمعان المذكورة سابقاً في هذا الفصل (على الرغم من أنّ مَيلنا إلى تشكيل مفاهيم انفعالية قد يكون كذلك). على أية حال، قد تكون بعض الانفعالات مفيدة للغاية، إلى درجة أنّ العديد من الثقافات قد تبني انفعالات تحمل جميعها تشابهاً-عائلياً مع بعضها البعض. فالخجل، على سبيل المثال، هو انفعال اجتماعي على نحوٍ شديد ويمكن أن يتتبّع العلاقات الاجتماعية بطرق معقدة للغاية. ففي الثقافات التي تحظى فيها هذه العلاقات بتقدير كبير، من المحتمل أن نعثر على انفعال يشبه الخجل إلى حدٍ كبير. ولأنه على الأقل تكون بعض المفاهيم الانفعالية مفيدة في تنظيم التفاعلات الاجتماعية للبشر (الخجل والإحراج يُعدّان مرشحين رئيسيين)، فإنّ هذه الانفعالات يمكن أن تبقى تعمل كأساس لتفسير الخلافات الأخلاقية بطريقة أكثر محدودية. إلى الحد الذي تتداخل فيه المفاهيم الانفعالية عبر الثقافات مع بعضها البعض، فإنّ الخطاب التقييمي حول القيم التي تبرزها هذه الانفعالات ممكنٌ. على الرغم من كونها أقل تأثيراً من الانفعالات الأساسية، إلا أنّ هذه الانفعالات يمكن أن تسمح بالمشاركة الأخلاقية عبر الثقافات.

تحقيق الفهم الذي يعتقد السيكوباتيون الثانويون أنهم مدينون له (Morrison & Gilbert 2001).

الختام

لقد تحوّل الفلاسفة العاطفانيون إلى علم النفس وعلم الاعصاب على أمل إثبات حدسهم بأنّ المفاهيم الأخلاقية ترتكز على انفعالاتنا. على الرغم من أنّ هذا الدور التجريبي بدا في البداية داعماً لوجود الانفعالات الأساسية، إلا أنّ هذه البيانات تلقّت انتقادات كبيرة. وعوضاً عن الانفعال الأساسي، انبثقت نظريات الفعل المفاهيمي [conceptual act theories] لتفسير عالمية الخبرة الانفعالية وتباينها الظاهر. تلقّت هذه الرؤى مزيداً من الدعم من المفاهيم الأخلاقية للسيكوباتيين وللأشخاص ذوي الأداء العالي المصابين بالتوحّد. حيث وفّرت هاتان المجموعتان أدلة قوية على دعوى أنّ العَدْوى التعاطفية هي الوسيلة الرئيسية لاكتساب المفاهيم الأخلاقية. ونظراً لأنّ العَدْوى التعاطفية أساسية، يجب علينا أن نتوقّع رؤية هذه القدرة في جميع المجموعات البشرية النموذجية عصبياً. يقلق العاطفانيون من آفاق البنائية المنبثقة من مقاربات الفعل المفاهيمي من أن يمكنها تفسير الكثير من الخلافات الأخلاقية من دون اللجوء حتى إلى الانفعال الأساسي.

References

American Psychiatric Association (2013), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. Babiak, P., Neumann, C., and Hare, R. (2010), Corporate Psychopathy: Talking the Walk, Behavioral Sciences and the Law, 28:174-193.

Battaly, H. D. (2011), Is Empathy a Virtue? In Empathy: Philosophical and Psychological Perspectives. A. Coplan and P. Goldie, eds. Oxford: Oxford University Press.

Cardoso, F. M. S. (2015), Social Regulation of Emotion: A Foray into the Work of Catherine Lutz, Revista E-Psi, 5:103-109.

D'Arms, J. (2005), Two Arguments for Sentimentalism, Philosophical Issues, 15:1-21.

D'Arms, J. and Jacobson, D. (2000), Sentiment and Value, Ethics, 110:722-748.

Darwin, C. ([1873] 2009), The Expression of the Emotions in Man and Animals, Oxford: Oxford University Press.

DiGirolamo, M. A. and Russell, J. A. (2017), The Emotion Seen in a Face Can Be a Methodological Artifact: The Process of Elimination Hypothesis, Emotion, 17: 538-546.

Dolan, M. and Fullam, R. (2010), Moral/Conventional Transgression Distinction and Psychopathy in Conduct Disordered Adolescent Offenders, Personality and Individual Differences, 49:995-1000.

Ekman, P. (1972a), Emotions in the Human Face, New York: Pergamon Press. Ekman, P. (1972b), Universal and Cultural Differences in Facial Expressions of Emotions, pp. 20-283. In Nebraska Symposium on Motivation. J. K. Cole, ed. Lincoln: University of Nebraska Press.

Ekman, P. (1994), An Argument for Basic Emotions, Cognition and Emotion, 6:169- 200. Ekman, P. and Friesen, W. (1971), Constants across Culture in the Face and Emotion, Journal of Personality and Social Psychology, 17:124-129.

Fecteau, S., Pascual-Leone, A., and Theoret, H. (2008), Psychopathy and the Mirror Neuron System: Preliminary Findings from a Non-Psychiatric Sample, Psychiatry Research, 160:137-144.Feldman Barrett, L. (2006), Solving the Emotion Paradox: Categorization and the Experience of Emotion, Personality and Social Psychology Review, 10:20-46.

Feldman Barrett, L. (2009), Variety Is the Spice of Life: A Psychological Construction Approach to Understanding Variability in Emotion, Cognition & Emotion, 23:1284-1306.

Fernndez-Dols, J. M. and Crivelli C. (2013), Emotion and Expression: Naturalistic Studies, Emotion Review, 5:24-29.

Fernndez-Dols, J. M. and Ruiz-Belda, M. A. (1997), Spontaneous Facial Behavior During Intense Emotional Episodes: Artistic Truth and Optical Truth, pp. 255-274.

In The Psychology of Facial Expression. J. A. Russell and J. M. Fernndez-Dols, eds. New York: Cambridge University Press.

Gendron M., Roberson D., Van Der Vyver, J. M., and Feldman Barrett, L. (2014), Perceptions of Emotion from Facial Expressions Are Not Culturally Universal: Evidence from a Remote Culture, Emotion, 14:251-262.

Greenspan, P. S. (2003), Responsible Psychopaths, Philosophical Psychology, 16:417-429. Haidt, J. (2001), The Emotional Dog and Its Rational Tail: A Social Intuitionist Approach to Moral Judgment, Psychological Review, 108:814-834.

Haidt, J., Helena Koller, S., and Dias, M. G. (1993), Affect Culture and Morality, or, Is It Wrong to Eat Your Dog?, Journal of Personality and Social Psychology, 65:613-628.

Hare, R., Hart, S., and Harpur, T. (1991), Psychopathy and the DSM-IV Criteria for Antisocial Personality Disorder, Journal of Abnormal Psychology, 100:391-398.

Hume, D. ([1740] 2002), II.3.3 415. In A Treatise of Human Nature. D. F. Norton and M. J. Norton, eds. New York: Oxford University Press.

Jacobson, D. (2013), Moral Dumbfounding and Moral Stupefaction, pp. 289-316. In Oxford Studies in Normative Ethics. M. Timmons, ed. Oxford: Oxford University Press.

Kennett, J. (2002), Autism, Empathy and Moral Agency, The Philosophical Quarterly. 52:340-357.

Kleinman, A. (2004), Culture and Depression, New England Journal of Medicine, 351:951-953.

Landis, C. (1924), Studies of Emotional Reactions: General Behavior and Facial Expression, Journal of Comparative Psychology, 4:447-509.

Ly, M., Motzkin, J. C., Philippi, C. L., Kirk, G. R. Newman, J. P., Kiehl, K. A., and Koenigs, M. (2012), Cortical Thinning in Psychopathy, The American Journal of Psychiatry, 169:743-749.

Matsumoto, D. (1992), More Evidence for the Universality of a Contempt Expression. Motivation and Emotion, 16:363-368.

McGeer, V. (2008), The Makings of a Moral Sensibility: Replies to Commentaries, pp. 281-296. In The Neuroscience of Morality: Emotion, Brain Disorders, and Development. W. Sinnott-Armstrong, ed. Cambridge, MA: MIT Press.

McIntosh, D. N., Reichmann-Decker, A., Winkielman, P., and Wilbarger, J. L. (2006). When the Social Mirror Breaks: Deficits in Automatic, but Not Voluntary, Mimicry of Emotional Facial Expressions in Autism, Developmental Science, 9:295-302.Morrison, D. and Gilbert, P. (2001), Social Rank, Shame and Anger in Primary and Secondary Psychopaths, The Journal of Forensic Psychiatry, 12:330-356.

Nucci, L. and Turiel, E. (1993), God's Word, Religious Rules, and Their Relation to Christian and Jewish Children's Concepts of Morality, Child Development, 64:1475-1491.

Ortony, A. and Turner, T. (1990), What's Basic About Basic Emotions?, Psychological Review, 97:315-331.

Phan, K. L. Wager, T. Taylor, S. F., and Liberzona, I. (2002), Functional Neuroanatomy of Emotion: A Meta-Analysis of Emotion Activation Studies in PET and fMRI, NeuroImage, 16: 331-348.

Ramirez, E. (2016), Neurosurgery for Psychopaths? The Problems of Empathy and Neurodiversity, American Journal of Bioethics: Neuroscience, 7:166-168.

Reisenzein, R., Studtmann, M., and Horstmann, G. (2013), Coherence between Emotion and Facial Expression: Evidence from Laboratory Experiments, Emotion Review. 5:16-23.

Russell, J. A. (1995), Facial Expressions of Emotion: What Lies beyond Minimal Universality?, Psychological Bulletin, 118:379-391.

Russell, J. A. (2016), A Skeptical Look at Faces as Emotion Signals, pp. 157-172. In The Expression of Emotion: Philosophical, Psychological, and Legal Perspectives.

C. Abell and J. Smith, eds. New York: Cambridge University Press. Turiel, E. (1977), Distinct Conceptual and Developmental Domains: Social Convention and Morality, Nebraska Symposium on Motivation, 25:77-116.

Wager, T. D., Kang, J., Johnson, T. D., Nichols, T. E., Satpute, A. B., and Feldman Barrett, L. (2015), A Bayesian Model of Category-Specific Emotional Brain Responses, PLoS Computational Biology, 11:e1004066.

Wong, Y. and Tsai, J. (2007), Cultural Models of Shame and Guilt, pp. 210-223. In Handbook of Self-Conscious Emotions. J. Tracy, R. Robins and J. Tangney, eds. New York: Guilford Press.

الفصل السادس

فقدان الشهية العُصابي والعقل المتجسّد

لانا كوهلي

المقدّمة

كان الفلاسفة العقليون يسترشدون، على نحوٍ تقليدي، عبر مقاربة متقيّدة بالدماغ: العقل، مهما اتضح ما هو عليه، سيكون مرتبطاً أو متماهياً مع الدماغ. ويقتصر دور الجسد، وفق هذه المقاربة، على الدور الأداتي فحسب - أي أنه ما يُبقي الدماغ حياً وسليماً. على مدى العقود القليلة الماضية، كانت هناك مقاومة متزايدة للمقاربة المتقيّدة بالدماغ، مع اندفاع مدعوم بقوة نحو اعتماد مقاربة غير متقيّدة بالدماغ: فالجسد ليس مجرّد أداة، بل هو من نواحٍ كثيرة يُعدّ مؤلِّفاً للعقل - العقل، مهما اتضح ما يكون عليه، هو جسدي [bodily] في العديد من النواحي الأساسية. وبالتالي، عند تفسير العقل، يجب علينا ألا نعتد بالحالات الدماغية فقط، بل كذلك بالعمليات الجسدية الأوسع. ما هي هذه العمليات الجسدية الواسعة وكيف تؤلِّف حالاتٍ ذهنية معينة هما السؤالان الرئيسيان اللذان نواجههما الآن بصفتنا فلاسفة عقل معتمدين العقل المتجسِّد - غير متقيّدين بالدماغ.

ربما حان الوقت لإجراء نقلة مماثلة في الطب النفسي. فهنالك اضطرابات معينة، كفقدان الشهية العُصابي [anorexia nervosa]، أظهرت وجود صعوبة كبيرة في معالجتها. تُصنِّف الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية (DSM-5) فقدان الشهية العُصابي على أنه اضطراب في الأكل - اضطراب يتكون من اختلال سلوكي ومعرفي (APA 2013). لقد ركّزت

بروتوكولات العلاج المقترحة على تصحيح هذه المشاكل السلوكية والمعرفية. لكن، مع ذلك، يبقى فقدان الشهية العُصابي متضمّناً معدل انتكاس مرتفع للغاية ومعدل وفيات عال جداً. باختصار، لم ننجح في علاج هذا الاضطراب. ربما يرجع سبب عدم نجاحنا إلى افتراضات البداية التي استخدمناها في توجيه فهمنا ومعالجتنا. هل يُعدّ تصنيف فقدان الشهية العُصابي على أنه اضطراب في الأكل صحيحاً؟ هل الاختلالات الرئيسية فيه هي سلوكية ومعرفية بشكل أساسي؟ أقترح هنا أن نتناول فقدان الشهية العُصابي من خلال مقاربة العقل المتجسِّد. إذا كان العقل متجسداً، فيجب علينا أن ننظر في الكيفية التي قد تكون بها الاضطرابات الذهنية اضطراباتٍ جسدية. لم يكن هذا هو النهج القياسي في الطب النفسي. فيما يلي، سأتناول الطريقة التي تمّ من خلالها فهم فقدان الشهية العُصابي وعلاجه، وأُقدِّم بيانات عن مدى نجاح الممارسات القياسية حتى الآن. ومن ثمّ أقوم بتشخيص ما أراه السبب وراء عدم نجاحنا، وأبحث في الطريقة التي يمكن فيها أن تمنحنا مقاربة العقل المتجسّد تبصّراً مختلفاً، بل ويمكن القول أفضل، بشأن هذا الاضطراب. وسأنظر في الأدلة التي توضّح كيف يمكن لهذه المقاربة تعميق فهمنا للطيف الكامل للاختلالات المتضمنة في هذا الاضطراب وبالتالي المساعدة في بناء البروتوكولات العلاجية التي ينبغي أن تُثبت أنها أكثر نجاحاً. أخيراً، أعود إلى الفلسفة وأتناول المزايا المتعددة التخصصات التي تأتي مع التحوّل إلى نموذج العقل المتجسِّد في تحقيقات العقل.

فقدان الشهية العُصابي

تمّ تقديم أول وصف لفقدان الشهية العُصابي (من الآن فصاعداً، AN) في الأدبيات الطبية بواسطة غول عام 1874 (Gull 1874: 2974). حيث تمّ تصنيفه على أنه اضطراب في الأكل، وأكثر أعراضه وضوحاً هي انخفاض الوزن الحاد. يصف المعهد الوطني للصحة العقلية (NIMH) AN بأنه يتضمّن: الأكل المحدود للغاية، النُحُول الحاد، السعي الدؤوب للنحافة وعدم الرغبة في المحافظة على وزن صحي\طبيعي، الخوف الشديد من زيادة الوزن، صورة مشوّهة عن الجسم،

احترام الذات مقيّد بالإدراكات الحسية لحجم الجسم ووزنه، إنكار خطورة انخفاض وزن الجسم (NIMH 2006). وبالمثل، يصف (الـ DSM-5) AN من خلال الميزات التشخيصية الرئيسية الثلاث التالية: التقيّد المستمر باستهلاك الطاقة (الذي يؤدي إلى انخفاض حاد في وزن الجسم)، الخوف الشديد من اكتساب الوزن أو أن يُصبح بديناً، اختلال في الإدراك الذاتي للوزن أو الشكل (مما يُسبِّب تشوهات إدراكية حسية) (APA 2013: 339-340). كما أثبت كيزر وزملاؤه، "يُظهِر مرضى AN نِسَباً مئوية عليا على نحو ملحوظ من التقديرات المبالَغة لحجم جسمهم مقارنة بـ (الأقران الأصحّاء).... ترتبط النسبة المئوية للتقدير المبالَغ لحجم الجسم بمدة المرض" (Keizer et al. 2013: 4). يُعتبر حجم الجسم ووزنه - تصويرهما، والسلوكيات المتعلقة بهما، والأفكار حولهما - من المسائل المحورية في هذا الاضطراب.

يُقدِّر الـ NIMH أنّ AN يُصيب حوالي 0.6 بالمائة[1] من السكان البالغين في الولايات المتحدة - من 2 إلى 4 ملايين[2]. إنّ AN هو اضطراب يُصيب كل من الرجال والنساء، على الرغم من انتشاره مرتين ونصف أكثر في النساء. عادة ما تكون بداية ظهوره أثناء سنوات المراهقة أو البلوغ المبكّر - مع معدلات حدوث هي الأعلى في الإناث بين سن 15 و 19 (Smink et al. 2012: 407) - ونادراً ما يحدث بعد سن 40. يمتلك AN معدّل وفيات هو الأعلى بين

(1) تتراوح تقديرات الانتشار المستندة إلى التعريف الوارد في الـ DSM-5 الأخير من 2 إلى 4.3 بالمائة بين النساء. انظر (Stinson (2017: 2.

(2) يصعب إجراء تقديرات لانتشار الاضطراب لأنّ الكثير من الذين يعانون من AN لا يسعون للحصول على العلاج. يُقدِّر الـ NIMH أنّ 33.8 بالمائة فقط من المصابين بفقدان الشهية يتلقّون العلاج. قد يكون هذا بسبب النظرة الاجتماعية المستمرة التي مفادها أنّ النحافة هي ميزة جمالية قيّمة، وبذلك لا يُنظر إليها على أنها خاطئة أو مشكِلة. إذا ما دمجنا هذه الرؤية مع الدليل الذي مفاده أنّ المصابين بفقدان الشهية يمتلكون إدراكاً حسياً مختلّاً عن حجم جسمهم الفعلي، فإنّ الكثير منهم لا يعرفون أو يرفضون الاعتراف بوجود مشكلة في حجم جسمهم والسلوكيات أو الأفكار المتعلقة به.

كل الاضطرابات الذهنية (يتراوح من 10 إلى 20 بالمائة (Stinson 2017: 2))، مع انتحار 1 من كل 5 من الذين يُتوفون بسببه (Smink et al. 2012: 411). من المعروف أنّ هنالك صعوبة في معالجة AN، حيث يبلغ معدل الاستجابة حوالي 50 بالمائة حتى بالنسبة للعلاجات الأكثر فاعلية (Wilson et al. 2007)، وبالنسبة لأولئك الذين يستجيبون للعلاج هنالك معدل انتكاس مرتفع (حوالي 30 بالمائة (Carter et al. 2004)).

عادة ما يركّز المسار الأول من العلاج على استعادة وزن الجسم الصحي. حيث تُميّز **إرشادات الممارسة** الصادرة عن جمعية الطب النفسي الأمريكية (APA) **لعلاج المرضى المصابين باضطرابات الأكل** ثلاثة مجالات للعلاج: إعادة التأهيل الغذائي، التدخلات النفسية الاجتماعية، الأدوية. في **الدليل المرجعي** المرتبط بـ APA، يتم سرد الأهداف العلاجية التالية:

1 - استعادة الوزن الصحي أو المحافظة عليه

2 - تقليل القيود على الطعام

3 - تقليل التناول الشره للطعام وسلوكيات التطهير، إن وجدت

4 - توفير التثقيف بشأن التغذية الصحية وأنماط الأكل

5 - التشجيع على التمارين الصحية ولكن ليس المفرطة منها

6 - تعزيز دوافع المريض للتعاون والمشاركة في العلاج.

7- تحديد الموضوعات الأساسية وتصحيح المواقف والأفكار ذات التكيّف السيئ الجوهرية

8 - معالجة المضاعفات الفيزيائية

9 - معالجة الحالات الطبية النفسية المقترنة، بما في ذلك العيوب في تنظيم المزاج، واحترام الذات، والسلوك

10 - تقديم العلاج والمشورة الأسرية عند الاقتضاء

11 - منع الانتكاس (APA 2006: 237- 238).

تدور إعادة التأهيل الغذائي حول علاجات التغذية لمعالجة الأعراض الغذائية ووزن الجسم، وعادة ما تنتقل العلاجات النفسية الاجتماعية إلى العلاج السلوكي المعرفي (CBT)، وتُستخدم الأدوية لتصحيح الوزن. على الرغم من أنّ الكثير من أهداف وبروتوكولات المعالجة الأولية تركّز على التغييرات الغذائية والحمية، كما هو موضّح أعلاه، إلا أنه يُعتقد أنّ الاختلالات في صورة الجسم هي ما يكمن في قلب هذا الاضطراب.

كان المسار الرئيسي لعلاج مشاكل صورة الجسم هو العلاج السلوكي المعرفي (CBT)، الذي يتضمّن ثلاثة جوانب: العاطفي، السلوكي، المعرفي. إنّ العلاجين الأكثر استخداماً لـ CBT هما اللذان طوّرهما Rosen (1997) وCash (1995). فكلا النهجين "يُعالجان ثلاثة جوانب رئيسية لصورة الجسم المختلّة: الإدراك الحسي للحجم (التقدير المبالَغ فيه للحجم الكلي أو حجم جزء معين، المبالغة في حجم العيب المُدرَك)؛ العاطفي والمعرفي (الانفعالات والأفكار السلبية، وغير الواقعية، والمفرطة التقييم حول الجسم وعواقب العيوب المُدرَكة)؛ والسلوكي (تجنّب المواقف المثيرة للقلق، التحقق من السلوكيات وتهيئتها، والبحث عن الطمأنينة)" (Farrel et al. 2006: 291). إنّ الهدف الكلي من الـ CBT هو مساعدة الشخص على تعلّم كيفية تحديد أنماط التفكير المشوّهة أو غير المفيدة، وتمييز الاعتقادات غير الدقيقة وتغييرها. بقدر ما يُفهم AN على أنه ناجم عن اعتقادات مبالَغ فيها أو غير دقيقة حول حجم الجسم، والنحافة، وما إلى ذلك، فإنه يُنظر إلى الـ CBT على أنه أفضل مقاربة لمساعدة المصابين بفقدان الشهية على تصحيح معتقداتهم المضطربة.

وبما أننا يمكننا التثبّت بسهولة من أوصاف الاضطراب وبروتوكولات وأهداف العلاج المذكور أعلاه، فإنّ AN يُفهم على أنه اضطراب في سلوكيات الأكل والأفكار حول الأكل وحجم الجسم. بإيجاز، يُنظر إلى AN على أنه مشكلة سلوكية معرفية وتتمّ معالجتها على هذا النحو. لكن، مع ذلك، كما تُظهِر الإحصائيات، لا تُعدّ نتائج المعالجة مُرْضية، مع معدلات انتكاس عالية

ومعدلات وفيات مرتفعة. ربما سبب ذلك هو اعتمادنا على مقاربة خاطئة وسوء فهمنا للقضايا الأساسية في هذا الاضطراب.

المشكلة والحلّ المحتمل

من الواضح أنه يتعين علينا القيام بما هو أفضل - نحن بحاجة إلى تقليل معدلات الانتكاس والوفيات بشكل كبير. ولكن، لماذا لم نتمكّن من القيام بذلك؟ قد يكون أحد الأسباب أنّ العديد من المصابين بفقدان الشهية لا يبحثون عن المساعدة. ومع ذلك، مِن هؤلاء مَن يبحث عن المساعدة بالفعل، وقد قاموا بذلك في عدة مناسبات بسبب الانتكاس، يجب أن يكون هنالك سبب وراء صعوبة تحقيق النجاح. أقترح أنّ الأمر يتعلق بالافتراضات الأساسية المعتمدة في فهمنا للاضطراب. حتى الآن، كان التركيز مُنْصبّاً على تغيير سلوكيات الأكل وتصحيح الاختلالات المعرفية المرتبطة بصورة الجسم. الفرض الذي يكمن وراء هذه المقاربة هو أنّ أصل المشكلة يقع عند المستويات السلوكية (ممارسات الأكل) والمعرفية (الاعتقادات حول حجم الجسم\وزنه). على أية حال، هنالك سبب للاشتباه في أنّ الاختلالات السلوكية والمعرفية هي مجرّد عواقب لمشاكل أخرى تقع هي نفسها في أصل الاضطراب. إذا كان الأمر كذلك، فيجب أن نأخذ بالحسبان احتمالية أنّ افتراضنا لم يكن صحيحاً.

هنالك درس يجب تعلّمه هنا عند الانتقال إلى الفلسفة. لقد كان فلاسفة العقل مهووسين بشكل ملحوظ بالدماغ. ففي كل خطوة تقريباً، يعتمد فلاسفة العقل المعاصرين مقاربة متقيّدة بالدماغ: مهما اتضحت ماهية طبيعة العقل، فستقترن بطريقة ما بالدماغ. كانت هذه الرؤية هي الفرضية الدافعة وراء معظم، إن لم يكن جميع، الأبحاث العلمية حول العقل في علم الأعصاب، وعلم النفس، والعلوم المعرفية أيضاً. عندما نفكّر في العقل، فإننا عادة ما نفكّر في الدماغ. لكن هل هذه المقاربة صحيحة؟ في منتصف تسعينات القرن الماضي، اقترح بعض العلماء طريقة مختلفة تماماً للنظر في العلاقة بين العقل

والدماغ\الجسد[3]. متأثرين بالفكر الفلسفي الآسيوي[4] وكذلك بالعمل المنبثق عن التقليد الفينومينولوجي[5]، حيث جادلوا بأنّ مقاربة التقيّد بالدماغ مضلِّلة ولا يمكن أن تفسّر بشكل صحيح طبيعة العقل. فالدماغ لا يمكن فصله عن الجسد؛ بدلاً من ذلك، إنّ الدماغ والجسد يشكّلان الكائن برمّته. إذا كان العقل مقترناً بكياننا البدني، فيجب أن يقترن مع كلّه وليس مع جزء منه فقط. لا يمكنك أن تفسّر العقل بشكل تام، حياتنا الذهنية، من دون الاعتداد بالجسد. باختصار، نحن كائنات واعية متجسّدة ويجب أن نؤخذ على هذا النحو عند دراسة العقل من خلال الدماغ\الجسد.

يُشار الآن إلى المقاربة غير المتقيّدة بالدماغ التي اقترحوها على أنها مقاربة العقل المتجسّد[6]. فالعقل، مهما اتضح ما هو عليه، بحاجة إلى أن يُفهم من خلال العمليات الجسدية، وليس من خلال العمليات الدماغية فقط. إنّ نظرية العقل المتجسّد لا تؤدي فقط إلى تحويل الحديث الطويل الأمد حول العقل والدماغ بسبب معارضتها الحدوس القوية، بل كذلك تسمح للمفكرين بإحراز تقدّم بشأن بعض المشاكل وفهم بعض الظواهر التي يواجه المنظّرون المتقيّدون بالدماغ صعوبة في فهمها[7]. على وجه الخصوص، لقد كان هنالك عمل واعد

(3) النص الأساسي الذي أدى إلى التحوّل في النقاش هو لـ Varela, Thompson, & Rosch (1991).

(4) بشكل خاص الفلسفة البوذية.

(5) يشير التقليد الفينومينولوجي إلى المدرسة الفكرية المرتبطة بالمفكرين مثل إدموند هوسرل، وموريس ميرلو-بونتي، وجان بول سارتر، ومارتن هيدغر، وغيرهم.

(6) منذ أن تمّ اقتراحها لأول مرة، ظهرَ عدد من الرؤى المختلفة وغير المتقيّدة بالدماغ. المتجسّدة، المتفاعلة، المضمّنة، الممتدة. تختلف هذه الرؤى بطرق مهمة وليست جميعها متوافقة مع بعضها البعض. تُعدّ مناقشة هذه الاختلافات والتوافقات خارج نطاق هذا الفصل، ومع ذلك، أُحيل القراء المهتمين إلى مطالعة Mark Rowlands (2010) لمزيد من المناقشة. وفيما يتعلق بمبتغاي، سأشير إلى رؤية العقل المتجسّد على نحوٍ واسع لأنها تعكس التحوّل إلى الرؤية غير المتقيّدة بالدماغ.

(7) على سبيل المثال، في حالة تفسير التناقضات في التطوّر البصري كما هو الحال في

تم القيام به لفِهم ذاتية الخبرة ومعنى الذات من الناحية الجسدية (Cassam 2011; Kühle 2014; 2017; Legrand 2006). فحدسياً، نحن نأخذ "ذاتنا" على أنها مكوّنة بالأساس بواسطة عقولنا - أفكارنا، اعتقاداتنا، رغباتنا، وما إلى ذلك. فإذا كنّا سنفقد هذه الحالات الذهنية، أو نفقد الوصول إليها- على سبيل المثال، كما في حالة مرض الزهايمر الشديد - سنبدأ في التفكير بأنّ "الذات" فُقِدت أيضاً. تكمن هذه الحدوس كذلك في المعتقدات الدينية للكثيرين حيث ما أن يموت الجسد، فإنّ الروح، أو النفس تبقى. لكن، هذه مجرّد حدوس وإذا ما استكشفنا ظاهرة الذات أكثر، وكنّا مقتنعين بفوائد الاعتماد على مقاربة العقل المتجسّد، فإنّ وجهات نظرنا يجب أن تتغيّر. فالوعي، والذات المقترنة به، لا يمكن أن تتم إحالتهما إلى حالات ذهنية بحتة. فالذات سيتّضح أنها جسدية تماماً مثل الوعي. وبالعودة إلى مثال الزهايمر، إنّ المصاب بهذا المرض يكون قد فقدَ بالفعل عناصر من ذاته في فقدانه الوصول إلى الكثير من حالاته الذهنية، لكنّ ذاته تبقى بقدر بقاءه موضوعاً جسدياً للخبرة.

وكما كان الحال في الفلسفة، عَلَقَ الطب النفسي كذلك في الرؤية البارادايمية للعقل باعتباره متقيّداً بالدماغ. إضافة إلى ذلك، إنّ الطب النفسي هو تخصص معرفي قائم على السلوك. وللتأكيد، فهو يعتد بالفعل بالعوامل البيولوجية الحاضرة في الاضطرابات الذهنية (الفيروسات، الوراثة، وغير ذلك)، لكنّ تصنيف الاضطرابات وعلاجها غالباً ما يركّز على تغيير السلوكيات والأفكار الشاذة. تقترن الاضطرابات الذهنية بالأنظمة الإدراكية المختلّة والأنظمة الإدراكية تتموقع في الدماغ. ربما كانت هذه المقاربة البارادايمية هي المشكلة - قد لا يكون أفضل فهم لـ AN اعتباره اختلالاً معرفياً وسلوكياً من الأساس. في الواقع قد يكون الوقت حانَ لتغيير البارادايم في الطب النفسي بنفس الطريقة التي بدأ بها الكثيرون في الفلسفة. هنالك سببٌ قوي للاعتقاد بأنّ AN سيُفهم على نحوٍ

تجربة قطة هلد وهين (Held & Hein 1963) أو في حالة تفسير التكيّف في الإدراك الحسي البصري عند ارتداء نظرات واقعية مقلوبة.

أفضل عند اعتباره اضطراباً متجسّداً، متضمّناً اختلالاتٍ عند مستوى الإدراكات الحسية للجسم. من باب التوضيح، إنّ الإدراك الحسي للجسم ليس هو نفسه صورة الجسم - مفهوم غالباً ما يُشار إليه في أدبيات AN في الطب النفسي. فصورة الجسم هي تمثيل [representation]، "صورة ذهنية عن جسم المرء التي يمكن التقاطها بطريقة موضوعية، تقريباً كـ 'صورة [picture]'" (Gaete & Fuchs 2016: 19). على أية حال، إنّ درايتنا بجسمنا لا يمكن اختزالها إلى هذا التمثيل. فهنالك اختلاف بين الصورة الذهنية التي يشكّلها المرء عن جسمه- اعتقاد أو فكرة - وكيفية **اختبار** المرء أو **شعوره** بجسمه. يبدو أنّ AN لا يقتصر فقط على اختلال صورة الجسم الخاصة بالمرء، بل هنالك سبب للاشتباه في أنّ صورة الجسم المختلّة هي نتيجة اختلال في كيفية اختبار المرء لجسمه - أي اختلال في الإدراك الحسي للجسم. بعبارة أخرى، إنّ المصاب بفقدان الشهية لا يعتقد بشكل غير صحيح أنّ جسمه له حجم معين فحسب - أكبر بكثير مما هو عليه بالفعل - بل لا يمكنه أيضاً أن يشعر بجسمه على النحو الصحيح - أي لا يشعر بجسمه الداخلي الأحشائي، على سبيل المثال، دقات القلب، الجوع، وما إلى ذلك، بالطريقة التي يشعر بها غير المصاب بفقدان الشهية. يشعر المصاب بفقدان الشهية بوجود مسافة بينه وبين جسمه بطريقة لا يشعر بها غير المصاب - إدراك حسي أقل للجسم.

إنّ الاقتراح الذي مفاده أنّ القضية تتضمّن الإدراك الحسي للجسم، وتتطلّب العدول عن اعتبار AN اختلالاً في صورة الجسم من الأساس، تدعمه الخبرة الذاتية للمصابين بفقدان الشهية. تعكس أوصافهم بوضوح أنّ العامل الاختباري الرئيسي هو العامل الذي يتضمّن كيف يشعرون، كيف تُنشئ أجسامهم إحساساً مختلّاً عن الذات. إحساسهم بالذات أنها جسدية يكون مختلّاً. فهُم يشعرون أنهم وسيلة معينة، وهذا يقودهم إلى التمسّك ببعض الاعتقادات حول الكيفية التي ينبغي أن يكونوا عليها. فخبرتهم، في الواقع، هي اختلال تجسيدي. أنا أعتبر هنا أنّ AN ليس فقط، أو حتى بشكل أساسي، اختلالاً في اعتقادات الشخص حول حجم الجسم وسلوكيات الأكل، بل بالأحرى اختلالاً في الدراية

الجسدية للمرء عند مستويات غير معرفية. فهو اضطراب تجسيدي. للمزيد من التعمّق بشأن ذلك، دعونا ننظر عن كثب إلى خبرة المصابين بفقدان الشهية.

غالباً ما يشعر المصابون بفقدان الشهية أنهم يُساء فهمهم. فما يشعرون به، ما يختبرونه، نواياهم، وما إلى ذلك، لا تصطف مع كيفية وصف الآخرين للمشكلة. إنّ الاتصال المفقود بين خبرة المريض والفهم الموضوعي للاضطراب لا يؤدي إلا إلى زيادة عُزلة المصابين بفقدان الشهية، وقد يدفعهم بعيداً عن العلاج بدلاً من جذبهم إليه. إذا ما قرأ المرء إفادة المصاب بفقدان الشهية عن ماذا تماثل [أو كيف تبدو] الإصابة بـ AN، سيُلاحِظ على الفور أنّ الأمر لا يتعلق بالأكل. إذ من الواضح جداً أنّ، كما يشرح ستينسون، "الأشخاص الذين يُدلون بهذه الشهادات يَشعرون بأنهم يُساء فهمهم من قِبل أسرِهم وأصدقائهم وأطبائهم. حيث تدّعي إحدى النساء اللاتي تمّ تشخيصهن بـ AN في مقابلة مع Malson (1998) 'أنّ الكثير من الأطباء النفسيين لا يعلمون ما الذي يتحدثون عنه... لا ينبغي أن يُنظر إليه من السطح. ولا ينبغي أن يُنظر إليه باعتباره مشكلة في الأكل، مجرّد مشكلة في الأكل'" . (Stinson 2017: 3). في الواقع، غالباً ما يصف المصابون بفقدان الشهية خبرتهم أنها تتضمّن جوانباً غير معرفية. حيث أعطى المرضى في **دراسة اختبار** فقدان الشهية لتشارلاند وزملائه، الأوصاف التالية لخبراتهم:

> هذا شيء آخر - أعني أنني لا يمكنني أن أقول إنّ فقدان الشهية هو فكرة بحد ذاته. لا أظن ذلك، إنه متعلق أكثر بالشعور، **أرغب** في القيام به وأعتقد بطريقة ما أنه تقريباً **انفعال**، وفقدان شهية. (P18)[8]
>
> لا يزال بإمكاني رؤية الحقائق كما هي. ما فقدته هو القدرة على تطبيقها بنفسي لأنّ الانفعالات قد استولت عليّ، لكنني لا أظن أنّ جانبي العقلاني قد تدمّر، أو أي شيء من هذا القبيل، أعتقد أنها لا تزال

(8) تمّ استخدام "P" متبوعة بعدد لتحديد الأشخاص في الدراسة.

> موجودة، والأمر هو مسألة الوصول إليها فحسب. (P17)
> إذا ما رأيتُ علبةً تحتوي على غلاف فارغ لشوكولاتة، سأبدأ بالارتعاش، وسأبدأ بالبكاء، وسأكون في حالة عذاب كاملة ومطلقة، هذا ما يفعله بك. (P13) (Charland, Hope & Tan 2013: 357-358)

هذه ليست سوى أمثلة قليلة من بين العديد من الأوصاف التي تكشف عن انفصال واضح بين اختبار فاقدي الشهية للاضطراب والطريقة التي يتم بها تمييز الاضطراب. هنالك انفصال بين الجانب الذاتي، الاختباري لـ AN والتصوّر الموضوعي، العلمي لـ AN كاضطراب معرفي. يمكن لهذا الانفصال أن يفسّر عدم النجاح في معالجة الاضطراب. وإذا ما قمنا بتحليل التقارير المخبورة فسنرى بوضوح سبب ذلك. إنّ ما يبدو أنه يمثّل مشكلة مركزية، على الأقل جزئياً، هو أنّ اختلالاً انفعالياً يؤدي إلى اختلال معرفي. انظر مناقشة تشارلاند وزملاؤه لآخر تقرير اقتبسناه أعلاه:

> في الواقع، كان الشخص يعرف، فكرياً، أنه لا يمكن أن يزداد وزنه بمجرّد مشيه بالقرب من علبة الشوكولاتة. بدلاً من ذلك، اختبر الشخص في المقام الأول القلق، والذُعر. إذا ما حققنا في الأمر، فإنّ الشخص قد يربط عندئذ ذلك بالاعتقادات حول زيادة الوزن، لكنّ **الخبرة الأساسية هي الخوف**. في الواقع، قد تكون الاعتقادات أشبه بتبريرات للخوف بدلاً من أن تكون سبباً له. (Charland et al. 2013: 362 التأكيد باللون الغامق ليس في الأصل)

لا شكَّ أنّ هذا ليس سوى عدد قليل تمَّ انتقاؤه من بين الكثير من التقارير[9]؛ ومع ذلك، هنالك تبصّرات يمكن اكتسابها. أولاً، لقد تمَّ إهمال الخبرة الذاتية للمصابين بفقدان الشهية على نحوٍ كبير، وهذا أدى إلى عدم

(9) انظر Charland et al. (2013), Stinson (2017), Malson (1998) للوقوف على المزيد من النقاش بشأن تقارير المصابين بفقدان الشهية حول خبراتهم.

القدرة على فهم الاضطراب بشكل صحيح. ثانياً، إذا ما أخذنا خبرتهم الذاتية بـ AN كنقطة انطلاق لنا، فسنرى على الفور أنّ مقاربتنا بحاجة إلى التغيير. إنّ AN أكثر من مجرّد اختلال في اعتقادات المرء حول الوزن والنحافة، أو حول صورة المرء عن جسمه. فـ AN، في جوهره، قد لا يكون مشكلة معرفية على الإطلاق. إذا كان هذا هو الحال، فإنّ المعالجات التي تهدف إلى تصحيح الاعتقادات الباطلة وغيرها من المشاكل المعرفية لن تكون ناجحة بالتأكيد: "توفير معلومات حول الأوزان الصحية للجسم، أو السعي إلى تغيير عقولهم حول مُثل الجمال غير فعالة إلى حدٍ كبير، لأنّ المشكلة ليست مجرَّد تمسّك باعتقادات باطلة حول الأكل الصحي" (Stinson 2017: 3). لكن، مع ذلك، إذا لم يكن AN مسألة معرفية بشكل أساسي، فما نوع المسألة التي قد يكون عليها؟ كما أشرتُ سابقاً بشكل موجز، سأستفصل الآن على نحوٍ أكبر، إنّ أفضل فهم لـ AN هو اعتباره مسألة تجسيد.

ترى رؤية العقل المتجسِّد أنّ العقل مكوَّن من الدماغ والعمليات الجسدية الأوسع. ونتيجة لذلك، فإنّ الاضطراب في العقل يمكن فهمه على أنه اضطراب في الدماغ\الجسد - بإيجاز، هو اضطراب تجسيدي. وبالنظر إلى AN كاضطراب تجسيدي، فإنه يجعل الخبرة الذاتية للمصابين بفقدان الشهية مفهومة بشكل أفضل بكثير. يرتبط الاضطراب بكيفية إدراك المرء لجسمه من خلال إحساسه بالذات - الدراية الجسدية-بالذات. عند العمل وفق هذه الرؤية، يمكننا البحث عن الاختلالات المرتبطة بالدراية الجسدية-بالذات في AN.

تنشأ الدراية الجسدية-بالذات من مجموعة متنوعة من الطرائق الحسية عبر الجسم. يمكن للمرء أن يرى أو يلمس جسمه ويُصبح على دراية به. ويمكن للمرء كذلك أن يشعر بجسمه بكونه جالساً أو واضعاً ساقاً على ساق من دون الحاجة للنظر إلى الجسم أو لمسه. هذا الإحساس بموقع الجسم في الفضاء - وما إذا كان الجسم يتحرك وإحساسنا بالتوازن - يمكن عزوه إلى إحساسات الحس العميق [proprioception]. يمكن للمرء أيضاً أن يشعر بدقات قلبه، أو

بامتلاء مثانته، أو بانتفاخ معدته، أو بكون حرارته مرتفعة. هذا الإحساس ببيئة الجسم الداخلية الأحشائية يمكن عزوه إلى الحس الباطن [interoception]. وقد جادل البعض[10] أيضاً بأنّ الشعور بالانفعال - مثل، الخفقان، تدفق الدفء عبر الوجه، الضيق في الصدر، الورم في الحَلْق، وما إلى ذلك من الذُعر - يمكن عزوه إلى الحس الباطن[11]. في نشاطاتنا اليومية، عادة ما يكون كل من بصرنا، ولمسنا، وسمعنا، وشمّنا، وتذوقنا مشتركاً مع البيئة خارج أجسامنا. هذا يعني أنّ هذه الطرائق الحسية موجّهة نحو العالم وليست موجّهة نحو الجسم. على أية حال، إنّ الحس العميق والحس الباطن دائماً ما يَبقيان موجّهان نحو الجسم، وبذلك هما المصدران الرئيسيان للدراية الجسدية-بالذات. على هذا النحو، إذا كنا نريد أن نفهم أين تقع الاختلالات في الإدراك الحسي للجسم في AN، فقد نحتاج إلى النظر في تلك الطرائق الحسية.

لقد فعلَ الكثيرون ذلك بالضبط، وأثبتوا العلاقة المهمة بين الطرائق الحسية الموجّهة نحو الجسم وAN. حيث اقترح تشارلاند وزملاؤه (2013) ما مفاده أنه قد تكون القضية المركزية في AN مرتبطةً بالقلق - الذي، مثله مثل الانفعال، يرتبط بالحس الباطن. وناقشَ كل من Herbert & Pollatos وزملاؤهم (2012) احتمالية أنّ AN قد يكون مرتبطاً بعجز في الدراية الحسية الباطنية، مع وجود فاقدي شهية يعانون من ضعف الدراية الضمنية بجسمهم الداخلي. اقترح Keizer وزملاؤه (2013) أنّ القضية قد تكمن في المشاكل الحسية الجسمية واللمسية المقترنة بالإدراك الحسي للجسم. وأشار Case وزملاؤه (2012) إلى أنّ الإدراكات الحسية المشوّهة للجسم قد ترتبط بمشاكل على مستوى التكامل المتعدد الحواس. بإيجاز، من غير الواضح أين يكمن جوهر القضية، ومع ذلك،

---

(10) تعود هذه الرؤية إلى James (1884) وLange (1885). ومن المفكرين المعاصرين الذين دافعوا عن هذه الرؤية، أو نسخة عنها: Antonio Damasio (1999), Craig (2009), Kühle (2014, 2017).

(11) فِعل الركض، على سبيل المثال، سيكون المكوِّن السلوكي للذُعر، وتصوّر ما يشعر به المرء باعتباره "مذعوراً" سيكون المكوِّن المعرفي.

فإنّ ما هو واضح من كل هذه المقترحات هو أننا بحاجة إلى اعتبار AN اضطراباً تجسيدياً، بدلاً من اعتباره اضطراباً ذهنياً.

هنالك مسار من التحقيق واعد جداً يقع ضمن الحس الباطن وعلاقته بالدراية الجسدية-بالذات. فإحساسنا بالتجسيد - أي بكوننا كائنات حية، من دم ولحم - يكون مدفوعاً بواسطة الحس الباطن. ويرتبط الحس الباطن بالدراية الجسدية-بالذات من خلال طريقين حاسمين: بواسطة خبرات الانفعال وبواسطة إحساسنا بالذات باعتبارها متجسِّدة. ففيما يتعلق بخبرة الانفعال، كما ذُكر، قيل لنا أننا نشعر بالانفعال من خلال الشعور بالتغييرات الجسدية الحسية الباطنية المختلفة التي تميّز ذلك الانفعال (Bennett & Hacker 2005). إنّ الشعور بالخوف فحسب هو الشعور بزيادة معدل ضربات القلب، وتوتر العضلات، وقُصر التنفّس، وتدفق الأدرينالين، وما إلى ذلك. كذلك يرتبط الحس الباطن بإحساسنا بالذات. هنالك أدلة متزايدة تُثبت وجود ترابط قوي بين مناطق محددة من الدماغ تعمل على دمج الإشارات الجسدية الحسية الباطنية في تمثيل متماسك عن الحالة الحالية للجسم ككل وإحساس المرء بالذات. ترتبط الاختلالات في هذه المناطق - اختلالات في الدراية الحسية الباطنية - بالاختلالات في الإحساس بالذات (Herbert et al. 2012). يمكن أن تتجلى المشاكل المتعلقة بالدراية الحسية الباطنية في عدد من الطرق، أحدها أنّ الشخص يمكن أن يُصبح أقلّ انسجاما مع جسمه الداخلي وبذلك تكون لديه حساسية حس باطن منخفضة. يتجلّى ذلك كخبرة صامتة من التحفيز الحسي من بعض مستقبلات الحس الباطن، أو كاتصال ضعيف بجسم المرء بحيث يمكن أن يُقاد المرء بسهولة أكبر إلى اختبار الأشياء غير-الجسدية على أنها جسمه الخاص به - كما يتضح ذلك من وهم اليد المطاطة (RHI)[12].

(12) RHI هو وَهم إدراكي حسي ينشأ عندما تُهيمن المعلومات المرئية على المعلومات اللمسية والحسية العميقة في التجربة المتعددة الحواس لرؤية يد مطاطة يتم ضربها أثناء ضرب يدك في نفس الوقت. بالنسبة للبعض، تُهيمن المدخلات البصرية على

مع الدور الحاسم الذي لعبه الحس الباطن في منطقتين هما موضع اهتمام في AN - الانفعالات والدراية الجسدية -يبدو أنه وسيلة محتملة للتحقيق باعتباره مصدر الاختلالات. من المتوقع أن نجد هذا الحس الباطن، وبشكل أكثر تحديداً، دراية المرء بجسمه الداخلي، الأحشائي - الدراية الحسية الباطنية - مختلاً\ةً في AN. إذا كان هذا صحيحاً، فإنّ معالجة الاختلالات في العمليات الجسدية المقترنة بـ AN قد تُثبت أنها أكثر نجاحاً في معالجة الاضطراب. سأنتقل الآن إلى تناول ما مفاده أنّ هناك أبحاثاً متنامية تتبنى مقاربة العقل المتجسِّد تجاه AN، والنتائج الناجمة عنها تُعدّ مذهلة.

نظرية العقل المتجسِّد وAN - فِهم جديد

كما ذكرنا سابقاً، تقترن الدراية الحسية الباطنية مع شعورنا بالانفعالات ومع إحساسنا بالذات الجسدية. إذا ما درسنا الدراية الحسية الباطنية في AN، إلى جانب هذين الجانبين، فسنحصل على نتائج مثيرة. يسجِّل الـ DSM-5 اضطراب القلق على أنه أحد أكثر الاضطرابات المشتركة الحدوث مع AN. حيث توضّح التقارير الذاتية أنّ AN يتضمّن مشاعر قوية من القلق والانفعالات السلبية الأخرى. إضافة إلى ذلك، وكما هو واضح بشكل مؤكد من التقارير الذاتية للمصابين بفقدان الشهية، يُعدّ القلق إلى جانب الخوف والذُعر المكونات الرئيسية للكيفية التي يبدو عليها الشعور بـ AN. كما أظهرت الأبحاث أيضاً أنّ المصابين بفقدان الشهية لديهم دراية حسية باطنية متضائلة عند اقترانها بالإحساس بالذات. فحساسيتهم تجاه جسمهم الداخلي، الأحشائي تكون منخفضة مقارنة بأقرانهم الأصحاء (Fassimo et al. 2004; Mastumoto et al. 2006; Pollatos et al. 2008). وهُم أكثر عُرضة إلى RHI (Eshkevari et al. 2012)، وإمكانية التعرّض إلى RHI تقترن بحساسية حس باطن منخفضة (Tsakiris et al.

المدخلات المتعددة الحواس مما يسبب الوهم، حيث يشعر المرء بأنّ اليد المطاطة هي يده. انظر Botvinick & Cohen (1998) للاطلاع على الدراسة الأصلية لـ RHI.

2011). وإدراكهم الحسي لـ اللمس العاطفي يكون منخفضاً (Crucianelli et al. 2016). إضافة إلى ذلك، تُظهر المنطقة المسؤولة عن دمج الإشارات الحسية الباطنية في دراية جسدية ذاتية حسية باطنية شاملة نشاطاً عصبياً متبدّلاً في AN (Kerr et al. 2016). باختصار، يُظهِر المصابون بفقدان الشهية شعوراً ودرايةً متزايدين بالانفعالات السلبية، وكذلك درايةً حسية باطنية-صامتة بالجسم. كيف يمكن أن يكون الأمر كذلك؟ فمن ناحية، يبدو أنّ لديهم دراية حسية باطنية متزايدة - في الشعور بالانفعالات - ومن ناحية أخرى، يبدو أنهم يمتلكون دراية حسية باطنية منخفضة -من جهة إحساسهم بالذات الجسدية. هنالك تأويل لهذه البيانات التي تبدو متناقضة يجعل الاختلالات الكامنة في الاضطراب مفهومة بشكل واضح. يشير الاقتراح إلى أنّ حالات النقص في الدراية الحسية الباطنية هي نتيجة عدم قدرة المصابين بفقدان الشهية على التغلّب على الانفعالات السلبية. من المعروف أنّ القلق والذعر يؤديان إلى استجابة القتال أو الفرار. في AN، يؤدي الشعور المتزايد بالقلق والذعر إلى استجابة الفرار. حيث يستجيب المصابون بفقدان الشهية للمشاعر المتزايدة من القلق بخلق مسافة مع مشاعرهم الجسدية. إذا كان الشعور بالقلق هو الشعور بالجسم الداخلي، وأراد المرء تخليص نفسه من هذا الشعور، فإنه قد يقوم بذلك من خلال إبعاد نفسه عن جسمه الداخلي. وكما يشرح غايت وفيوكس، "يخلق هذا مسافة مريحة عن الخبرات غير المرْضية [...]. كما تدعم دراسات Skårdreud وكذلك دراسات Stolorow وAtwood فكرة جعل الجسم موضوعياً لإرجائه عن المشاعر السلبية" (Gaete & Fuchs 2016: 22). وبإبعاد نفسه عن الإشارات الحسية الباطنية، سيُقلل كذلك درايته الحسية الباطنية الشاملة. على أية حال، نظراً إلى العلاقة بين الدراية الحسية الباطنية والإحساس بالذات باعتبارها متجسِّدة - أي إدراكه الحسي للجسم على النحو الذي يختبره المرء - يُجْبَر المصاب بفقدان الشهية على تغيير انتباهه إلى صورة أكثر موضوعية عن الجسم. وهذا هو ما يخلق الانفصال ويحمل القضايا إلى المستوى المعرفي من خلال صورة الجسم. وكما يخلص بودن عبر دراسة فينومينولوجية عن AN، "يبدو أنّ المصاب بفقدان

الشهية يفقد الفهم الأساسي الضمني لجسمه، وعوضاً عن ذلك يكتشفه من خلال 'المراقبة' المنفصلة. يبدو أنّ الأمر نحى بالكامل تقريباً دورَ (الموضوع) المُدْرَك، فاقداً طبيعة (الذات) المُدْرِكة المعتادة مع الجسم" (Bowden 2012: 234). يُعدّ الابتعاد عن الجسم باعتباره مخبوراً إلى الجسم باعتباره مُتَصوَّراً - أي من الجسم الذاتي إلى الجسم الموضوعي - آليةً دفاعية.

إذا كان هذا هو التفسير الصحيح لما يحدث في AN، فمن الواضح لماذا التركيز على المكونين المعرفي والسلوكي للاضطراب لن يكون كافياً. فأصل القضية ليس معرفياً. والمعارف المختلّة هي نتيجة بدلاً من كونها سبباً للدراية الجسدية الذاتية المختلّة. باختصار، يجب على المصابين بفقدان الشهية إعادة الاتصال بتجسّدهم وتعلّم التعامل معه. وكما يوضّح الأمر أحد المصابين بفقدان الشهية: "إنه أمر غريب، لأنني أحاول طوال اليوم في الوحدة تجنّب الشعور والارتباط بجسمي. في حين أثناء وجودنا في مجموعة الدراية بالجسم، يتم تشجيعنا على الدراية بالجسم وبردود أفعاله. فاسترخي وأشعر بجسمي بطريقة إيجابية. ويمكنني الشعور بأنفاسي وهي تُصبح أكثر عمقاً، وبتمكّني من ترك التوتر يذهب، وهذا شعور جيد. وفي نفس الوقت، يبدو وكأنني أشعر بجسمي بقوة" (Kolnes 2012: 284). والأهم من ذلك، عند معالجة انفصال الشخص عن جسمه المعاش، يجب علينا أن نأخذ بالاعتبار المشاعر السلبية التي كان المصاب بفقدان الشهية يفرّ منها، لأنّ استعادة الدراية الجسدية الذاتية السليمة ستُعيد كذلك إلى الواجهة تلك الانفعالات السلبية. عندئذ، يجب أن تتضمّن المعالجة مساعدة المصاب بفقدان الشهية على التغلّب على المشاعر السلبية بالإضافة إلى إعادة الارتباط بجسمه الشاعر به.

على نحوٍ مشجّع، هنالك أدلة تُثبت أنّ التحسينات في الدراية الحسية الباطنية تتوافق مع انخفاض أعراض AN في المتابعات الطويلة الأمد (Merwin et al. 2010). لكن لسوء الحظ، لا يزال هذا المسار من العلاج غير مطوّر أو متابع أو مبحوث بشكلٍ كاف.

العَمل يداً بيد

تمتد قيمة تحويل البارادايم في الطب النفسي على النحو الذي قام به الكثيرون في الفلسفة إلى ما وراء فهم وعلاج AN. ويمكن أيضاً لمقاربة العقل المتجسِّد أن تقدِّم تبصّرات أعمق بشأن الاضطرابات الأخرى المتضمِّنة اختلالات في الإدراك الحسي للجسم - مثل، الأزورار الجسمي [somatoparaphrenia = نوع من الوَهم يُنكر فيه المرء ملكيته لطرف ما أو جانب كامل من جسده] واضطراب التشوّه الجسمي [body dysmorphic disorder =اضطراب وسواسي يشعر فيه المصاب بقلق مفرط بسبب عيب في شكل الجسم أو معالمه]. كما إنها تساعد أيضاً في فهم الاضطراب الذهني مثل الفصام والاكتئاب الحاد (Maiese 2011, 2012, 2016). الأهم من ذلك، إنّ مسار التأثير لا يمضي في اتجاه الواحد فحسب. ولا يقتصر الأمر على أنّ الطب النفسي وحده من يمكن أن يستفيد من الانتقال إلى رؤية العقل المتجسِّد. إذ سيستفيد فلاسفة العقل، خاصة أولئك المهتمين بتفسير الوعي باعتباره متجسِّداً، من التحقيقات المتعددة التخصصات في التجسيد أيضاً. وباعتبارنا مفكرين متبنين للعقل المتجسِّد، نواجه الأسئلة التالية: ما هي العمليات الجسدية الأوسع التي تشكِّل العقل وكيف تُشكِّل حالات ذهنية معينة؟ إحدى سُبل التحقيق التي اعتمدها الكثيرون للإجابة على هذه الأسئلة كانت بالنظر إلى الدراية الجسدية وعلاقتها بإحساسنا بالذات، وكيف أنّ أجسامنا ودرايتنا بأجسامنا تُشكِّلان بشكل أكثر تحديداً إحساسنا بالذات وخبرتنا الذاتية عن العالم. إنّ الطريقة الأوضح للتحقيق في هذه المسائل هي بالنظر في الحالات المرَضية للدراية بالجسم، حالات مثل AN. "لقد أثبتَ تقدّم أبحاث الدماغ خلال العقدين الماضيين قوة النموذج البيولوجي العصبي. على أية حال، عند تطبيقه على ظاهرة الاعتلال الذهني، فإنّ هذا التقدّم غالباً ما يولِّد منظوراً محدوداً، كما هو معتاد في أي نموذج علمي" (Fuchs 2009: 220). في النهاية، من المهم الإبقاء على مسارات النقاش المتعددة التخصصات مفتوحة، ومنع وقوعها طي الإهمال في وجهات نظرنا. قد تكون

مقاربة العقل المتجسِّد مطلوبة لاتخاذ الخطوات التالية في الطب النفسي. وكما يصوغ كولنز الأمر على نحوٍ رائع: "قد يساعد تجسيد الجسم في المرضى المصابين بفقدان الشهية العُصابي (والاضطرابات الذهنية الأخرى) على استقرار الجسم والعقل، واكتشاف الموارد غير المعروفة داخل المرضى. يتعيّن أولاً تأسيس الدراية بالجسم والاتصال بالجسم حتى يتمكّن المرضى من مواءمة أنفسهم مع انفعالاتهم وعقولهم، وكذلك مع العالم المحيط. من الواضح أن الجسم يستحق المزيد من الاهتمام في برامج علاج اضطرابات الأكل (والاضطرابات الذهنية الاخرى)" (2012: 287).

شكر وتقدير

أودُّ أن أشكر سَريفي تيكن وروبين بلوم على تعليقاتهما ودعمهما المفيد للغاية.

References

American Psychiatric Association (2006), Treating Eating Disorders-A Quick Reference Guide, Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing. American Psychiatric Association (2013), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing.

Bennett, M. R. and Hacker, P. M. S. (2005), Emotion and Cortical-Subcortical Function: Conceptual Developments, Progress in Neurobiology, 75:29-52.

Botvinick, M. and Cohen, J. (1998), Rubber Hands 'Feel' Touch That Eyes See, Nature, 391:756.

Bowden, H. (2012), A Phenomenological Study of Anorexia Nervosa, Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 19:227-241.Carter, J. C., Blackmore, E., Sutandar-Pinnock, K., and Woodside, D. B. (2004), Relapse in Anorexia Nervosa: A Survival Analysis, Psychological Medicine, 34:671-679.

Case, L. K., Wilson, R. C., and Ramachandran, V. S. (2012), Diminished Size-Weight Illusion in Anorexia Nervosa: Evidence for Visuo-Proprioceptive Integration Deficit, Experimental Brain Research, 217:79-87.

Cash, T. F. (1995), What Do You See When You Look in the Mirror? Helping Yourself to a Positive Body Image, New York: Bantam Books.

Cassam, Q. (2011), The Embodied Self. In Oxford Handbook of the Self. Shaun Gallagher, ed. Oxford: Oxford University Press.

Charland, L. C., Hope, T., Stewart, A., and Tan, J. (2013), Anorexia Nervosa as a Passion, Philosophy, Psychiatry, and Psychology, 20:353-365.

Craig, A. D. (2009), How Do You Feel-Now? The Anterior Insult and Human Awareness, Nature Reviews Neuroscience, 10:59-70.

Crucianelli, L., Cardi, V., Treasure, J., Jenkinson, P. M., and Fotopoulou, A. (2016), The Perception of Affective Touch in Anorexia Nervosa, Psychiatry Research, 239:72-78.

Damasio, A. (1999), The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness, Orlando, FL: Harcourt Books.

Eshkevari, E., Rieger, E., Longo, M. R., Haggard, P., and Treasure, J. (2012), Increased Plasticity of the Bodily Self in Eating Disorders, Psychological Medicine, 42:819- 828.

Farrell, C., Shafran, R., and Lee, M. (2006), Empirically Evaluated Treatments for Body Image Disturbance: A Review, European Eating Disorders Review, 14:289- 300.

Fassimo, S., PierÚ, A., Gramaglia, C., and Abbate-Daga, G. (2004), Clinical, Psychopathological and Personality Correlates of Interoceptive Awareness in Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Obesity, Psychopathology, 37:168-174.

Fuchs, T. (2009), Embodied Cognitive Neuroscience and Its Consequences for Psychiatry, Poiesis and Praxis, 6:219-233.

Gaete, M. I. and Fuchs, T. (2016), From Body Image to Emotional Bodily Experience in Eating Disorders, Journal of Phenomenological Psychology, 47:17-40.

Gull, W. W. (1874), Anorexia Nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica), Transactions of the Clinical Society of London, 7:22-28.

Held, R. and Hein, A. (1963), Movement-Produced Stimulation in the Development of Visually Guided Behavior, Journal of Comparative and Physiological Psychology, 56:872-876.

Herbert, B. M. and Pollatos, O. (2012), The Body in the Mind: On the Relationship between Interoception and Embodiment, Topics in Cognitive Science, 4:692-704.

James, W. (1884), What Is an Emotion?, Mind, 9:188-205. Keizer, A., Smeets, M. A. M., Dijkerman, H. C., Uzunbajakau, S. A., Van Elburg, A., and Postma, A. (2013),Too Fat to Fit through the Door: First Evidence for Disturbed Body-Scaled Action in Anorexia Nervosa during Locomotion, PLOS One, 8:1-7.

Kerr, K. L., Moseman, S. E., Avery, J. A., Bodurka, J., Zucker, N. L., and Simmons, W.

K. (2016), Altered Insula Activity during Visceral Interoception in Weight-Restored Patients with Anorexia Nervosa, Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology, 41:521-528.

Kolnes, L. J. (2012), Embodying the Body in Anorexia Nervosa-A Physiotherapeutic Approach, Journal of Bodywork and Movement Therapies, 16:281-288.

Kühle, L. (2014), Embodiment and Subjectivity-The Origins of Bodily Self- Awareness, PhD dissertation, University of Toronto.

Kühle, L. (2017), The Subjectivity of Experiential Consciousness: It's Real and It's Bodily, Mind and Matter, 15:91-109.

Lange, C. G. (1885), The Emotions: A Psychophysiological Study. In The Emotions. I. A. Haupt, trans. K. Dunlap, ed. Reprinted (1992). Baltimore, MD: Williams & Wilkins Company.

Legrand, D. (2006), The Bodily Self: The Sensorimotor Roots of Pre-Reflective Self-Consciousness, Phenomenology and the Cognitive Sciences, 5:89-118.

Maiese, M. (2011), Embodiment, Emotion, and Cognition, London: Palgrave Macmillan. Maiese, M. (2012), Rethinking Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Philosophical Psychology, 25:893-916.

Maiese, M. (2016), Embodied Selves and Divided Minds, Oxford: Oxford University Press.

Malson, H. (1998), The Thin Woman: Feminism, Post-Structuralism and the Social Psychology of Anorexia Nervosa, East Sussex, NY: Routledge.

Matsumoto, R., Kitabayashi, Y., Narumoto, J., Wada, Y., Okamoto, A., Ushijima, Y., Yokoyama, C., Yamashita, T., Takahashi, H., Yasuno, F., and Suhara, T. (2006), Regional Cerebral Blood Flow Changes Associated with Interoceptive Awareness in the Recovery Process of Anorexia Nervosa, Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 30:1265-1270.

Merwin, R. M., Zucker, N. L., Lacy, J. L., and Elliott, C. A. (2010), Interoceptive Awareness in Eating Disorders: Distinguishing Lack of Clarity from NonAcceptance of Internal Experience, Cognition and Emotion, 24:892-902.

National Institutes of Mental Health (2016), Eating Disorders, revised February 2016,https://www.nimh.nih.gov/health/topics/eating-disorders/index.shtml, section 2- 'Signs and Symptoms, Anorexia Nervosa'.

Pollatos, O., Kurz, A. L., Albrecht, J., Schreder, T., Kleeman, A. M., Schpf, V., Kopietz, R., Wiesmann, M., and Schandry, R. (2008), Reduced Perception of Bodily Signals in Anorexia Nervosa, Eating Behaviors, 9:381-388.

Rosen, J. C. (1997), Cognitive-Behavioral Body Image Therapy. In Handbook of Treatment for Eating Disorders, 2nd edition. D. M. Garner and P. E. Garfinkel, eds. New York: The Guilford Press.

Rowlands, M. (2010), The New Science of the Mind: From Extended Mind to Embodied Phenomenology, Cambridge, MA: MIT Press.Smink, F. R. E., Van Hoeken, D., and Hock, H. W. (2012), Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates, Current Psychiatry Reports, 14:406-414.

Stinson, C. (2017), The Absent Body in Psychiatric Diagnosis, Treatment, and Research, Synthese:1-24, https://link.springer.com/article/10.1007/s11229-017-1507-8. Tsakiris, M., Tajadura-Jimenez, A., and Costantini, M. (2011), Just a Heartbeat Away from One's Body: Interoceptive Sensitivity Predicts Malleability of Body-Representations, Proceedings of the Royal Society B: Biological Science, 278:2470- 2476.

Varela, F. J., Thompson, E., and Rosch, E. (1991), The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience, Cambridge: MIT Press.

Wilson, G. T., Grilo, C. M., and Vitousek, K. M. (2007), Psychological Treatment of Eating Disorders, American Psychologist, 62:199-216.

أسئلة دراسية

1 - هل الاضطرابات الذهنية هي اضطرابات دماغية؟

2 - هل يغيّر الاعتلال الذهني هوية الشخص مع مرور الزمن؟

3 - هل يمتلك الأشخاص المصابون بالاضطرابات الذهنية إرادة حرة؟

4 - هل يفتقر الأشخاص المصابون بالاضطرابات الذهنية إلى العقلانية؟ وما هي الظروف؟

5 - ما هي الآثار المترتبة على التحققات المتعددة لنظرية تماهي العقل-الدماغ؟

القسم الثالث

الفينومينولوجيا والطب النفسي

الفصل السابع

ميرلو-بونتي وأُسس علم النفس المَرَضي

أنتوني فنسنت فرنانديز

كان موريس ميرلو-بونتي ذلك الفيلسوف الفرنسي في القرن العشرين الذي اشتغل على نقطة التقاطع بين الفينومينولوجيا والوجودية. تُعنى الفينومينولوجيا، التي أسسها إدموند هوسرل وطوّرها تلامذته، كمارتن هيدغر، بالوجود والخبرة البشرية. فمن الناحية التقليدية، نجدها تصف البِنى الأساسية للوعي - أي تلك السمات التي تنطبق على أي كائن بشري مُختبِر - بما في ذلك الذاتية، البينذاتية، العاطفية، الزمانية. أما الوجودية فهي، على عكس الفينومينولوجيا، ليست برنامجاً بحثياً منهجياً. نشأت أفكار "الوجودية" من خلال أعمال سورين كيركيجارد وفريدريش نيتشه في القرن التاسع عشر، على الرغم من أنها لم تُستخدَم كعنوان فلسفي حتى طبقّها غابريل مارسيل على أعمال جان بول سارتر في أربعينيات القرن العشرين (Fulton 1999: 12-13). وعلى غرار الفينومينولوجيا، إنّ الوجودية هي دراسة طبيعة الوجود البشري وكيف نختبر عالماً ذا معنى. لكنّ الوجوديين اهتموا في المقام الأول بالعمليات البشرية المتمثلة في خلق الذات - مثل كيف أصبحنا على ما نحن عليه، أو تحوّل هويتنا - بدلاً من الماهية غير المتغيرة للإنسان. في هذا الصدد، عادة ما يدرس الوجوديون السمات العَرَضية للوجود الإنساني بدلاً من الضرورية.

عند دمج هذين المسارين من التفكير المتعارضين ظاهرياً، فإنّ ميرلو-بونتي سيُعدّ منتمياً إلى الفينومينولوجيين الفرنسيين، بما في ذلك جان بول سارتر وسيمون دوبوفوار، الذين استلهموا تطبيق هيدغر للفينومينولوجيا في دراسة الأفكار الوجودية كالموت والأصالة. واصلَ هؤلاء الفلاسفة تقصّي

الفينومينولوجيا في بِنى الخبرة، لكنهم حوّلوا اهتمامهم نحو البِنى الخاصة والعَرَضية، بدلاً من البِنى العالمية والضرورية فحسب. ربما أفضل تعبير عن هذا التحوّل الوجودي في الفينومينولوجيا هو ما تضمّنته العبارة المشهورة لسارتر: "الوجود يسبق الماهية" (Sartre (1945) 2007: 20). فوفقاً لسارتر، إنّ السمة المركزية للوجود الإنساني هي أننا أحرار في تقرير من نحن - نحن أحرار بشكل جذري. فقد أرى نفسي نادلاً، أو ميكانيكياً، أو أستاذاً لكن، في الواقع، أنا لست مِن هؤلاء. أنا، أولاً وقبل كل شيء، قوة نفسي المريدة بشكل حُر أن تُصبح ما آمل أن أكون عليه. (في مقابلة، ادّعت بوفوار أنّ سارتر اعتقدَ أنّ دوار البحر كان نتاج الإرادة الضعيفة؛ فمع قوة الإرادة الكافية، يمكن لأي شخص أن يتغلّب على دوار البحر الخاص به (Simon 1992: 30)). كذلك جعلَ ميرلو-بونتي، وهو صديق وزميل لسارتر وبوفوار، العَرَضية الإنسانية مركزيةً في مشروعه الفلسفي - فبالنسبة له، الوجود أيضاً يسبق الماهية. لكنّ ميرلو-بونتي كان مهتماً بالكيفية التي تُشكِّلنا فيها ظروفنا الطبيعية والثقافية، أكثر من اهتمامه بكيفية تشكيلنا لأنفسنا بحرية[1]. وبسبب هذه الغاية، كان مهتماً بشكل خاص بالحالات المَرَضية النفسية، من عُصابات التحليل النفسي إلى الاضطرابات العصبية.

غالباً ما تُقرأ دراسات ميرلو-بونتي عن علم النفس المرَضي على أنها ليست أكثر من أمثلة أداتية في دراسته حول الإدراك الحسي، بما في ذلك عمله الرئيس، **فينومينولوجيا الإدراك الحسي**؛ فمن خلال دراسة كيفية انحراف بعض جوانب الخبرة الإدراكية الحسية (على سبيل المثال، في الهلوسات الفصامية)،

---

(1) هذه المقارنة بين سارتر وميرلو-بونتي هي محل التركيز، وليس الانقسام الصارم بين اهتماماتهم ومخاوفهم. إضافة إلى ذلك، إنها تعتمد على الصور الكاريكاتورية لفكر سارتر - وإن كان ميرلو-بونتي نفسه قد أبقى عليها في بعض أعماله. للاطلاع على وصف دقيق لنقاش سارتر وميرلو-بونتي حول طبيعة الإرادة - وتوسّط بوفوار - انظر Wilkerson (2010).

يمكننا أن نكتسب تبصّرات عن جوانب الإدراك الحسي الطبيعي التي ربما نكون قد أغفلناها. لا يخلو هذا التأويل من مزيّة (يوظّف ميرلو-بونتي بالفعل أمثلة مَرَضية نفسية بشكل أداتي)، لكن سيكون من غير الدقيق توصيف اهتمامه بعلم النفس المرَضي أنه أداتي فحسب. لقد كان ميرلو-بونتي مهتماً بالأشكال المرَضية النفسية للخبرة البشرية والوجود لأنه كان يهدف إلى بناء برنامج فينومينولوجي يستوعب بشكل مناسب هذه الحالات.

بالطبع، هنالك الكثير من الفينومينولوجيين الذين كرّسوا أنفسهم لدراسة الحالات المرَضية النفسية. إذ كان كارل ياسبرز أول من أسس علم النفس المرَضي باعتباره برنامجاً متعدد التخصصات موظّفاً أدوات العلم الطبيعي إلى جانب الفينومينولوجيا الفلسفية. ففي **علم النفس المرَضي العام**، ميّزَ بين "التفسير" و"الفهم"، مجادلاً بأنّ العلماء يمكنهم **تفسير** أسباب الاضطراب، لكن فقط الفينومينولوجيون من يمكنهم **فهم** خبرة الاضطراب (Jaspers (1913) 1997). إذ فقط من خلال دمج العلوم الطبيعية والفينومينولوجيا يمكننا تقديم تفسيراً كافياً للاضطرابات الذهنية. لقد اتبع الكثير من متخصصي علم النفس المرَضي الفينومينولوجي هذا المسار من التفكير، بما في ذلك لودفيغ بينسوانجر، ميدارد بوس، فرانتز فانون، كيمورا بن، إوجين مينكوفسكي، إروين ستراوس، هوبيرتوس تيلنباخ. حيث طوّروا تفسيرات جديدة للاضطرابات الذهنية، بما في ذلك الفصام، والسوداوية [الميلانخوليا]، ومختلف العُصابات. مع هذا التقليد الغني لعلم النفس المرَضي الفينومينولوجي، لماذا يجب أن نكرّس وقتنا لدراسة مقاربة ميرلو-بونتي؟

تُعتبر مقاربة ميرلو-بونتي مميزة لأنه يتعامل بجدية مع الأسس الفلسفية لعمله. فمعظم متخصصي علم النفس المرَضي الفينومينولوجي إمّا يأخذون قدرة الفينومينولوجيا على تسليط الضوء على الخبرة المرَضية النفسية أمراً مفروغاً منه، أو يدمجون المقاربات التجريبية والفينومينولوجية من دون الأخذ بعين الاعتبار

الآثار الفلسفية المترتبة على هذا الدمج[2]. لهذا السبب يجب أن ننتقل إلى ميرلو-بونتي، الذي طوّرَ بشكل صريح أسساً ميتافيزيقية ومنهجية لعلم النفس المرَضي الفينومينولوجي.

في هذا الفصل، سأذكر بعض المكونات المميزة لميتافيزيقيا ميرلو-بونتي ومنهجه، وأُظهِر كيف أنّ عمله يمكن أن يوفّر الأساس للدراسات الفينومينولوجية المعاصرة عن الاضطراب الذهني. في القسم التالي، سأُجادل بأنّ ميرلو-بونتي طوّرَ ميتافيزيقيا جديدة تستوعب علم النفس المرَضي من خلال تحدِّي الفصل التقليدي بين الفينومينولوجيا المتعالية والفينومينولوجيا التجريبية. وفي القسم اللاحق، سأجادل بأنّ ميرلو-بونتي عدّل جوهر المنهج الفينومينولوجي- أي الاختزال أو الإيبوخية - إلى التفاعل بشكل حاسم مع العلوم الإنسانية. يتألف كل قسم من ثلاثة أقسام فرعية: يقدِّم الأول سرداً لفينومينولوجيا هوسرل، ويُظهر كيف أنها لا تلبّي ما نحتاجه لدراسة علم النفس المرَضي؛ ويصف الثاني المقاربة الفينومينولوجية الجديدة لميرلو-بونتي؛ ويقدِّم الثالث أمثلة عن التطبيقات المعاصرة لمقاربة ميرلو-بونتي في علم النفس المرَضي.

الميتافيزيقيا

لقد قيل إنّ ميرلو-بونتي بدأ مسيرته الفلسفية كفينومينولوجي، لكنه في النهاية أصبح ميتافيزيقياً - أي الفيلسوف الذي كان اهتمامه الرئيس طبيعة الوجود أو الواقع. من المؤكد أنّ ميرلو-بونتي كرّس وقته للأسئلة الميتافيزيقية في أعماله الأخيرة، لكنه كان معنياً بالميتافيزيقيا من البداية. في هذا القسم، أُبيّن

---

(2) بالطبع، هنالك بعض الاستثناءات. فعلى سبيل المثال، بنسوانجر وبوس يأخذان على محمل الجد العلاقة بين مقارباتهم الفينومينولوجية والنماذج الطبية البيولوجية لعلم النفس المرضي. حتى أن ميرلو-بونتي يعتمد على عناصر معينة من ميتافيزيقيا بنسوانجر، لكنني لا يمكنني التوسّع في هذا هنا.

الميتافيزيقيا الفينومينولوجية المبكرة لميرلو-بونتي، وأُظهِر كيف أنه طوَّرها بهدف إنصاف الأشكال المرَضية النفسية للخبرة البشرية والوجود.

المثالية المتعالية لهوسرل

قبل الانتقال إلى ميتافيزيقيا ميرلو-بونتي، سيكون من المفيد توضيح الموقف الميتافيزيقي الذي يسعى إلى التغلّب عليه. فبدلاً من نقد فيلسوف واحد، انتقد ميرلو-بونتي الموقف الفلسفي المسمّى المثالية المتعالية [الترانسندنتالية]. ظهر هذا الموقف الميتافيزيقي في كتاب **نقد العقل الخالص** لإيمانويل كانط ((1781) 1999)، وكان له تأثير كبير على مسار فلسفة القرن التاسع عشر والعشرين. على الرغم من أنّ المثالية المتعالية تأخذ أشكالاً مختلفة، إلا أننا يمكننا التركيز على مكونين اهتم بهما ميرلو-بونتي على وجه التحديد: الأول، إنها تفترض أنّ الذات البشرية تشكّل أو تكشف عن عالم مُعاش وذي مغزى، بشكل منتظم - أو تجعل العالم الخبراتي حاضراً - من خلال بعض عمليات العقل؛ الثاني، إنها تفترض أنّ بِنى الذاتية البشرية التي تُشكّل عالم الخبرة هي بِنى ذهنية أساسية، أو فطرية، أو غير متغيرة - إنها شروط ضرورية لإمكانية المعرفة والخبرة.

إنّ هوسرل، بقدر ما كان يهدف إلى الكشف عن البِنى الأساسية للوعي والشروط الضرورية لإمكانية الخبرة، تبنّى ميتافيزيقيا المثالية المتعالية. في هذا الصدد، تم تصوّر الفينومينولوجيا في الأصل على أنها علم ماهوي [eidetic] - وهو تحقيق فلسفي في **إيدوس**، أو ماهية، الخبرة البشرية والوجود. وأفضل تمثيل لهذه المقاربة كان في كتاب **Ideas I** (هوسرل (1913) 2014)، العمل الرئيسي الأول الذي أسس فيه هوسرل الفينومينولوجيا باعتبارها مشروعاً متعالياً مستلهَماً من التقليد الكانطي. في هذا العمل المبكر، لم يهتم هوسرل بالعَرَضية، أو التغيّرية، أو الخصوصية الإنسانية. بدلاً من ذلك، اهتم بالضرورة، والثبات، والعالمية.

لكن سرعان ما أصبحت فينومينولوجيته "فينومينولوجيا وراثية"، تحقيق ملموس في نشأة الخبرة البشرية- أي أصلها وتطوّرها. تؤكد هذه الفينومينولوجيا الجديدة على كيفية تشكيل أجسامنا وتاريخنا لطريقة اختبارنا وفهمنا لبيئتنا. وبتطور الفينومينولوجيا في هذا الاتجاه، استكشف هوسرل الإعاقات الجسدية، مثل العمى والصمم، وكذلك الاختلافات الثقافية. حيث أقرَّ، على سبيل المثال، أنّ بعض المجموعات الثقافية تمتلك تصوّراً دائرياً -بدلاً من خطياً-عن الزمن، ولذلك يختبرون جريان الزمن بشكل مختلف (Husserl (1935) 2008). لكنّ هذه الدراسات أدخلت اللبس في مشروعه الفلسفي: كيف يمكننا صياغة البنية الأساسية، الثابتة للخبرة إذا كانت هذه البنية تختلف عبر الثقافات وفي الأشخاص الذين يعانون من إعاقات جسدية معينة؟ يبدو هذا تناقضاً. لقد حسَمَ هذا القلق في كتابه الأخير، أزمة العلوم الأوروبية والفينومينولوجيا المتعالية (Husserl (1954) 1970)، مجادلاً بأنّ هنالك بِنى أساسية غير متغيرة وبِنى عَرَضية تاريخياً للخبرة على حدٍ سواء. البِنى الضرورية هي "المتعالية"؛ والبِنى العرَضية هي "التجريبية". إضافة إلى ذلك -وهذه هي النقطة الرئيسية في حسمه التناقض - يتم تأسيس البِنى التجريبية على البِنى المتعالية. هذا يعني، أنه بالرغم من اختلافاتنا، هنالك بِنى أساسية للخبرة نتشاركها جميعاً. على سبيل المثال، إذا ما ترعرعت أنتَ وأنا في مجتمعين لغويين مختلفين، فسأُدرِك أنّ بعض الرموز المرسومة على الورقة هي كلمات ذات معنى، لكنك ستُدرِكها على أنها رموز عديمة المعنى (إذا كنتَ ترى أنها رموز من الأساس). وأنت، من الناحية الأخرى، ستختبر الأنواع الأخرى من الرموز على أنها كلمات ذات معنى، في حين سأختبرها أنا على أنها مجرّد رموز عديمة المعنى. لكن، مع ذلك، رُغمَ هذا الاختلاف، كلانا يمتلك القدرة على اكتساب اللغة المكتوبة، بمعنى، اختبار الرموز المرسومة على الورقة باعتبارها تنقل معاني متعددة الأوجه ومعقدة. بعبارة أخرى، على الرغم من أنّ البِنى اللغوية لخبراتنا تختلف تجريبياً - ربما أنا أفهم الإنكليزية وأنت تفهم الماندارينية الصينية - كلانا يمتلك نفس الشروط المتعالية التي تسمح لنا باكتساب وتوظيف اللغة المكتوبة. على نفس

المنوال، يمكننا حسم النزاع الظاهر بين خبرات الثقافات المختلفة حول جريان الزمن من خلال الإشارة إلى أنّ المفاهيم المختلفة تجريبياً (مثل، فهم الزمن الخطّي أو الدائري) تُعدّ مؤسسة على، أصبحت ممكنة من خلال، نفس البنية المتعالية للزمانية.

تبدو هذه المقاربة الثنائية المستوى تستوعب الاختلاف البشري، مما يسمح للعلماء الفينومينولوجيين بالتحقيق في الأشكال المتنوعة من الحياة الإنسانية. لكنّ هوسرل لم يكن مقتنعاً أنّ حلّه يمكن أن يستوعب التغييرات الأكثر عمقاً في الخبرة، مثل خبرة الأطفال الرضّع، أو الشخص المصاب باضطراب ذهني شديد (Husserl (1954) 1970: 187-188). فقد تتضمن هذه الحالات تبدلات في البِنى الأساسية للخبرة. فالأطفال الرضّع، على سبيل المثال، يفتقرون إلى القدرة على اللغة المكتوبة - ليس بسبب أنهم لم يتعلموا لغة ما، بل لأنهم يفتقرون حالياً إلى الشروط المعرفية لتعلّم اللغة المكتوبة في المقام الأول (Heinämaa 2014). إذا كانت هذه التبدلات لا تحدث فقط في مسار التطور الطبيعي، بل كذلك في الحالات المرَضية النفسية في مرحلة البلوغ، فقد يقوّض هذا ادّعاء هوسرل أنّ هنالك بِنى عالمية من الخبرة يتشاركها جميع البشر.

ميتافيزيقيا ميرلو-بونتي

لا يحسم هوسرل هذا التوتر في عمله، لكنه يصفه بأنه مشكلة للفينومينولوجيين في المستقبل. لحسن الحظ، لم يتم تجاهل هذه المشكلة. إذ كان ميرلو-بونتي من أوائل الفلاسفة الذين اطّلعوا بأنفسهم على الأعمال المتأخرة لهوسرل والمخطوطات غير المنشورة، وتصدّى لتحدّي هوسرل المذكور. لقد حسمَ الأمر بتطوير ميتافيزيقيا جديدة تستوعب تنوّع الحياة الإنسانية، بما في ذلك الأمراض النفسية.

قدّم ميرلو-بونتي في عمله الأكثر شهرة، فينومينولوجيا الإدراك الحسي ((1945) 2012)، حالة يوهان شنايدر، وهو من قدامى المحاربين الألمان في

الحرب العالمية الأولى عانى من إصابة دماغية وتمّت دراسة حالته على نطاق واسع من عالِم النفس أدمار جيليب وعالِم الأعصاب كورت غولدشتاين. تنطوي حالة شنايدر على اختلال أساسي في حركته الجسدية. حيث لم يكن قادراً على القيام بحركات "مجرّدة" وعينيه مغلقتين - أي الحركات التي تحدث في الموقف المتخيل أو المحتمل فقط، بدلاً من الموقف الملموس الفعلي. قد تتضمن هذه الأفعال أي شيء من تحريك أحد الأطراف إلى الأعلى والأسفل عند طَلب القيام بها في العمل المسرحي لتوضيح كيف تتحرك الأشياء في نظام إحداثي موضوعي. لكن، بالرغم من عدم قدرة شنايدر على أداء هذه الحركات، يمكنه بسهولة تأدية الحركات "الملموسة" - أي الحركات التي تحدث ضمن موقفه الملموس أو الفعلي. ففي حين أنّ شنايدر لم يستطع تحريك ذراعه إلى الأعلى والأسفل عند الطلب، إلا أنه يستطيع بسهولة الوصول إلى جيبه الخلفي، وإخراج منديله ومسح أنفه (Merleau-Ponty [1945] 2010: 105- 112).

يجادل ميرلو-بونتي بأنّ سلوك شنايدر يعكس اختلالاً أساسياً في كيفية اختباره الفضاء. وهذا الاختلال هو نتاج فقدان شنايدر وظيفة "إسقاط"، أو استحضار المواقف ذات المغزى ((1945) 2012: 115). فعلى الرغم من محافظته على عالمه المعتاد من التفاعلات اليومية، إلا أنه لا يستطيع إسقاط [أو تصوّر] الأنواع الأخرى من الفضاء، مثل الفضاء الموضوعي لنظام إحداثي ما أو الفضاء المتخيّل المطلوب للعب أو التمثيل. يكشف فقدان شنايدر القدرة على "الإسقاط" عن شكلين من تفاعل البشر مع العالم ذي المغزى. فكما يجادل ميرلو-بونتي، في معظم حياتنا اليومية، نحن نعمل داخل مواقف ملموسة من بيئتنا. فعندما أدخل الفصل الدراسي، تكون هنالك على نحوٍ مسبق شبكة من العلاقات ذات المغزى بين نفسي، وطلابي، والطاولات، والكراسي، والسبورة. ولا أحتاج إلى إنشاء هذا الموقف بشكل فاعل. فهو ببساطة يحضر بذاته أمامي. لكننا نجد كذلك فرصة للعب، والتمثيل، والتكّهن، والتنظير. وعندما نقوم بهذه الأنشطة، فإننا نقوم بذلك داخل موقف نسقطه أو نستحضره نحن بأنفسنا. علاوة على ذلك، لا نُقنع أنفسنا أنّ هذا الموقف الجديد حقيقي. بدلاً من ذلك،

نتحرّك ضمن هذا الموقف بشكل دقيق على نحوٍ قصصي، أو خيالي: عندما أؤدي دور هاملت لشكسبير، لا أعتبر نفسي أنها هاملت الحقيقي؛ فأنا اختبر أدائي كأداء. وبالمثل، إذا ما شاهدتُ أنا وصديقي تغيير الحارس الملكي في لندن وحاكيتُ سير الحارس، فأنا لا أعتبر نفسي أنها الحارس؛ وكلانا يختبر سلوكي على وجه التحديد كفعل محاكاة، أو لعب، الذي لا يُفهم إلا داخل سياق تخيلي معين نسقطه على أنفسنا. إنّ شنايدر، وأولئك المصابون بحالات مماثلة، ليس بمقدورهم امتلاك هذا النوع من الخبرة. حيث لم يعد بإمكانهم تصوّر مواقف جديدة حول أنفسهم. فكما يقول ميرلو-بونتي، "لم يعد العالم موجوداً بالنسبة لهؤلاء المرضى باستثناء العالم الثابت أو الجاهز، في حين أنّ تصورات الأشخاص الطبيعيين تستقطب العالم، مسببةً ظهور آلاف العلامات هناك" ((1945)2012: 115). لم يتمكّن شنايدر حتى من امتلاك آراء سياسية أو دينية - إذ هذه النطاقات لا تقع في مواقفه الملموسة ولا يمكنه إنتاجها بنفسه.

لقد حظيت حالة شنايدر وتحليل ميرلو-بونتي باهتمام كبير (Dreyfus 2007; Matherne 2014; Romdenh-Romluc 2007). إلا أنّ الكثير من هذه الأدبيات تتجاهل كيفية استعمال ميرلو-بونتي لهذه الحالة كمحفّز ومسوّغ لمشروعه الميتافيزيقي. يقترح ميرلو-بونتي أنّ المثالية المتعالية - بما في ذلك الفينومينولوجيا الهوسرلية - لم تستطع تفسير حالة شنايدر من خلال الاحتكام إلى فقدان الإسقاط. وسبب ذلك، بالنسبة للمثالية المتعالية، "وجود ذلك الشي المفهوم بمفرده، أعني الماهية الخالصة للوعي" (Merleau-Ponty [1945] 2012: 127). حيث تفترض المثالية المتعالية بنيةً ثابتة، أساسية للوعي، وبالتالي لا يمكنها الاحتكام إلى التغيرات في هذه البنية عند محاولة فهم الحالة. في ضوء هذا الالتزام الميتافيزيقي، يبقى أمامها خياران غير قابلين للتصديق عند مواجهتها الشخص المعتل ذهنياً: إما أنّ هذا الشخص يُخفق في كونه شخصاً مختبِراً، أو أنه يخدع نفسه- "وراء أوهامه وهواجسه وأكاذيبه، يعرف المجنون أنه يهذي، وأنه يجعل نفسه مهووساً، وأنه يكذب، وفي النهاية أنه ليس مجنوناً، بل فقط يعتقد أنه كذلك" (Merleau-Ponty [1945] 2012: 127). إنّ ميتافيزيقيا المثالية

المتعالية لا تترك مجالاً للأمراض النفسية الشديدة لأنها تفترض مقدّماً بنية عالمية للوعي تتجلى في جميع البشر؛ والشخص إمّا يُظهر هذه البنية العالمية أو ليس شخصاً مُختبِراً من الأساس.

في ضوء هذا القصور، احتاج ميرلو-بونتي إلى ميتافيزيقيا جديدة تُنصِف إمكانية الاعتلال الذهني وتنوعه (Fernandez 2015). لقد شغلَ مشروع ابتكار ميتافيزيقيا ما بعد-متعالية ميرلو-بونتي حتى آخر أعماله غير المكتملة، **المرئي واللامرئي** ([1964] 1968). على أية حال، فقد جهّز المشكلة وقدّم لمحة مبدئية عن حلّه الميتافيزيقي في **فينومينولوجيا الإدراك الحسي**. وحدد لنفسه مَهمة إيجاد "وسيلة لربط أصل وماهية الاضطراب"، أو لتأسيس بنية أو **ماهية ملموسة** للاعتلال تُعبّر عن عموميته وخصوصيته" (127 :2012[1945][]). بعبارة أخرى، بدلاً من السعي وراء ماهية الوعي بحد ذاتها، سعى وراء البنية العامة لكل نوع من الوعي، مع الحفاظ على الميزات التي تميّز كل حالة معينة. وللقيام بذلك، يتعين عليه الاعتراف بعمومية الاعتلال (أي الميزات التي يتشاركها جميع المصابين بهذا النوع من الحالة) وخصوصية الاعتلال (أي الميزات التي تكون مميِزة لحالة الفرد). فعلى سبيل المثال، عند دراسة الفصام، يتعين على الفينومينولوجيين الميرلوبونتيين صياغة الميزات العامة للفصام (مثل، البنية العامة للهلوسات)، مع مراعاة كذلك تمظهره المميز في الشخص المعني (مثل، الأشياء المحددة التي يُهلوس بها هذا الشخص).

لتطوير هذه الميتافيزيقيا الفينومينولوجية، سعى ميرلو-بونتي إلى تأسيس "علاقة لا تختزل الشكل إلى المحتوى، ولا تُضمّن المحتوى تحت شكل مستقل" (128 :2012[1945][]). بعبارة أخرى، لا يمكننا أن نحتكم إلى بنية متعالية ومستقلة من الخبرة تحدد محتوى الخبرة مقدّماً. فهذا لن يترك أي مجال للخبرات العرَضية، أو حوادث الحياة البشرية، من أن تغيّر البنية الأساسية للخبرة - كما تفعل في بعض الحالات المرَضية النفسية. وفقاً لميرلو-بونتي، لا يمكننا أن نحسم هذه المشكلة إلا إذا قبلنا بعلاقة ميتافيزيقية بديلة بين شكل الخبرة ومحتواها، علاقةً "يمتصُ فيها الشكلُ المحتوى إلى الحد الذي يظهر فيه

المحتوى في النهاية على أنه مجرّد نمط للشكل" (128 :2012[1945]). حيث يقترح، في البداية، أنّ هذه ستكون علاقة جدلية بين الشكل والمادة يتداخل فيها الجانبان ويشكِّل بعضهما البعض بشكل متبادل. لكنّ هذا، كما يعترف، وصفٌ ضعيف. إذ يفترض أنّ الشكل والمحتوى ظاهرتان مستقلتان قد تتصلان. لكن، في الواقع، كل منهما عبارة عن تجريد من الظاهرة الحقيقية "للوجود البشري"، التي يُعيد تعريفها على أنها "الاقتناص الدائم للحقيقة والفرصة بواسطة سبب لا وجود له قبل ذلك الاقتناص، ولا بدونه" (129 :2012[1945]).

تبدو مقاربة ميرلو-بونتي واعدة، لكن من الصعب فك شفرتها - يُعزى سبب ذلك جزئياً إلى أنه يتبنى صيغاً متناقضة ولغة مفارقة. يمكننا أن نوضّح مقاربته من خلال رسم تشابه مع علم النفس الجشطالتي، الذي كان له تأثير كبير على تفكيره. يجادل علماء النفس الجشطالتيون بأنّ خبرتنا منظَّمة ذاتياً. فأنا لا أفرض شكلاً ما على محتويات خبرتي. بدلاً من ذلك، تشكِّل محتويات الخبرة نفسها في كُلٍّ ذي مغزى، منظَّم-ذاتياً. إن هذا الكُلّ هو الذي أتعرّض إليه دائماً، وهو ببساطة ليس مجموعاً من أجزاء منفصلة. حوَّل ميرلو-بونتي تأثره بهذا التبصّر النفسي إلى تبصّر ميتافيزيقي حول الوجود البشري نفسه. فالوجود البشري لا يمتلك بعضاً من الأشكال الضرورية التي يتم ملؤها ببساطة عبر محتوى عرَضي. بدلاً من ذلك، إنّ ما نسمّيه "شكل" أو "بنية" الوجود البشري هو وَصف للتنظيم الكلّياني الذي تفترضه كل من خبرتي ووجودي. ونظراً لأنّ هذا الشكل ليس مستقلاً، فيمكن إعادة تشكيله بشكل أساسي بواسطة محتوى الخبرات الحياتية. دائماً ما يتم تشكيل الوجود البشري بواسطة ظروفه الطبيعية والثقافية. لا يعني هذا أنّ الشخص يتألف بشكل غير فعال بواسطة بيئته. فهو بدوره يؤلف أيضاً معنى بيئته وإحساسه بها. تسلّط وجهة نظر ميرلو-بونتي الضوء على أنه ليس هنالك شكلٌ مستقل، وغير متغير من الوجود الإنساني يكمن وراء خصوصياتنا واختلافاتنا. ومادمنا نخضع إلى ظروف الحياة، فنحن كائنات عرَضية بشكل جذري[3].

(3) هنالك مجموعة من المشكلات التي تنشأ من العرَضية الجذرية لميرلو-بونتي، لكن لا

في هذه الصيغة من الوجود البشري نجد الإمكانية الميتافيزيقية للاعتلال الذهني، أو للذات المضطربة. وفقاً لميرلو-بونتي، يعود ذلك إلى كون ذاتيتنا مضمَّنة في الجسد المادي والبيئة الملموسة بحيث أننا يمكن أن نُصبح معتلين في المقام الأول.

الميتافيزيقيا: التطبيقات المعاصرة

بطبيعة الحال، ليس هدفنا مجرّد فهم الميتافيزيقيا الجديدة لميرلو-بونتي - بل هدفنا تطبيقها. ولكن كيف يمكن للمرء "تطبيق" الميتافيزيقيا؟ تبدو الميتافيزيقيا من بين التحقيقات الفلسفية الأكثر تجريداً، فيما يتعلق بطبيعة الواقع، وليس بالدراسة العملية للاضطرابات الذهنية. لكن، مع ذلك، إنّ النظام الميتافيزيقي الذي نشترك فيه يأتي دائماً بمجموعة من الافتراضات حول موضوعنا: ما الذي نختاره للدراسة، وكيف نقارب أهدافنا الخاصة بالتحقيق، وكيف نؤول نتائجنا التي يتم تحديدها بواسطة افتراضاتنا الميتافيزيقية المسبقة. وكما يُشير ميرلو-بونتي، إذا اشترك عالِم النفس في المثالية المتعالية فلا يمكنه أن يأخذ احتمالية الاضطراب الذهني على محمل الجد. فبدلاً من تفسيرها، يسطّحها؛ إذ ليس لها مكان داخل نظامه الميتافيزيقي.

إنّ الفينومينولوجيين الذين يعتمدون ميتافيزيقيا ميرلو-بونتي سيؤولون موضوعهم على نحوٍ مختلف؛ إذ سينفتحون على احتماليات ربما تمّ تجاهلها من قِبل الميتافيزيقيا الفينومينولوجية الأكثر تقليدية لأنهم لن يفترضوا ضرورة أو ثبات

يمكنني معالجتها هنا. لعلَّ أهمها هي صعوبة التوفيق بين العرَضية الجذرية وانتقادات هوسرل للنفسانية والتاريخانية. أي الادعاء الفلسفي الذي مفاده أنّ الرياضيات والمنطق يرتبطان ببنية العقل البشري، أو بترتيبات ثقافية معينة، وبالتالي فإنها صحيحة بالنسبة لنا فقط. كان الهدف من الأنا المتعالية لهوسرل معالجة هذه المشكلة من خلال تأسيس بِنى أساسية للخبرة. إلا أنّ تبنّي ميرلو-بونتي الذات العرَضية جذرياً يبدو أنه يستغني عن هذا الحل للنفسانية. للاطلاع على سرد لكيفية توفيق ميرلو-بونتي تفسيره للذاتية البشرية مع احتمالية الحقائق الرياضية، انظر Hass & Hass (2000).

أي من البِنى الخاصة بالذاتية. وقد وقفنا سابقاً على مثال حول ذلك في دراسة ميرلو-بونتي لحالة شنايدر، حيث جادلَ بأنّ أفضل فِهم لحالة شنايدر هو ألا تكون إسقاطاً لموقف محزن (كما نجد في العُصابات)، بل إنها فقدان القدرة على إسقاط مثل هذا الموقف في المقام الأول. هذه الاحتمالية، كما يقترح، ليست متاحة للمثالية المتعالية لأنها تتعارض مع ما قد يعتبره المرء أنه الماهية الخالصة للوعي. إذ سيتعين استبعادها بسبب استحالتها الميتافيزيقية. إنّ المثالي المتعالي، الذي يُلزِم نفسه بتلك التفسيرات التي يكون لها معنى داخل إطاره الميتافيزيقي، سيُترك مع مجموعة صغيرة جداً من التغييرات المحتملة ليحتكم إليها.

كيف يعمل هذا النموذج داخل علم النفس المرَضي الفينومينولوجي المعاصر؟ لا يزال الكثير من الفينومينولوجيين المعاصرين يتشاركون بعض أشكال المثالية المتعالية، بقدر اعتمادهم على بعض الالتزامات الميتافيزيقية لهوسرل أو هيدغر المبكر. حتى في الدراسات المعاصرة لعلم النفس المرَضي، فإنّ الفينومينولوجيا غالباً ما يتم تمييزها على أنها دراسة عن البِنى الأساسية للوعي، ويبدو أنها ترسم تمييزاً مبدئياً بين بِنى الوعي التي يمكن أن تتغير وتلك التي لا يمكن أن تتغير. يمكننا توضيح الدور الذي تلعبه هذه الافتراضات الميتافيزيقية المسبقة من خلال مثالين: العاطفية في اضطراب الاكتئاب الرئيسي (MDD) والذاتية في الفصام. غالباً ما يعتمد الفينومينولوجيون على تقارير الشخص-الأول، سواء أن كانت من دراسات نوعية، مذكرات، محادثات مباشرة. يفحص الفينومينولوجي تقارير الشخص-الأول هذه، ويصوغ الكيفية التي كان يجب أن تتغيّر وفقها بِنى الخبرة بحيث يُختبَر العالم وفق الطريقة التي يصفها الشخص.

في حالة MDD، يُبلِغ العديد من الأشخاص عن تغييرات في مزاجهم وانفعالاتهم. نتيجة لذلك، غالباً ما يصف الفينومينولوجيون (والأطباء النفسيون) الاكتئاب على أنه مزاج مميز، أو طريقة للانسجام بشكل عاطفي مع العالم - مثل، الحزن العميق، الغَم، الذنب، اليأس. كذلك يعمل الكثير من هؤلاء الفينومينولوجيون داخل الإطار الهيدغري المبكر، الذي، مثله مثل الإطار

الهوسرلي، يفترض مستوى من البِنى الأساسية الثابتة للخبرة البشرية. فهيدغر، على سبيل المثال، يجادل بأنّ الانسجام العاطفي أساسي للوجود البشري، وبالتالي فإنّ البشر دائماً ما ينسجمون مع عالمهم من خلال بعض الحالات المزاجية أو غيرها؛ من المستحيل أن نكون من دون مزاج (Heidegger [1927] 1962: 172-179). على أية حال، يصف الكثير من الأشخاص اكتئابهم بأنه فقدان للمزاج والانفعالات بشكل عام، بدلاً من كونه نوعاً معيناً من المزاج، أو حتى فقداناً لحالة مزاجية معينة، كالسعادة أو السرور (Fernandez 2014). في مذكراته، The Noonday Demon، يصف أندرو سليمان هذه الخبرة:

> أول ما يذهب هو السعادة. لا يمكنك الحصول على المتعة من أي شيء. هذه هي الأعراض الأساسية المشهورة للاكتئاب الرئيسي. لكن سرعان ما تتبع انفعالات أخرى السعادة إلى غياهب النسيان: الحزن كما تعرفه، الحزن الذي بدا أنه قادك إلى هنا؛ حس الدعابة الخاص بك؛ إيمانك بالحب وقدرتك عليه. يُصفّي عقلك حتى تبدو غبياً أمام نفسك أيضاً [...] تفقد القدرة على الثقة بأي أحد، التأثُّر، التحسُّر. في النهاية، أنت ببساطة غائب عن نفسك. (Solomon 2001: 19)

مثل هذه التقارير - حيث لا يمكن للمرء أن يشعر بالحزن، ولا يمكنه أن يتحسّر حتى - تُهيمن على أدبيات الاكتئاب. لكن، مع ذلك، غالباً ما لا يتم تفسير هذه التقارير في كل من الأدبيات الفينومينولوجية والطبية النفسية؛ بل يتم تسطيحها. ففقدان الشعور المُبلَّغ عنه يتم إعادة وصفه على أنه نوع معين من الشعور (مثلاً، شعورٌ بعدم الشعور). على الأقل في حالة الفينومينولوجيين، يتماشى هذا الميل إلى إعادة وصف فقدان الشعور على أنه شعور مع الافتراضات الميتافزيقية المسبقة لهوسرل وهيدغر. هنالك بِنى معينة من الخبرة نفترض أنها تُعدّ أساسية. إذا ما عرفنا مقدّماً أنه لا يمكن فقدانها، لن تكون هنالك حاجة للتفكير في مثل هذا الاحتمال.

هنالك جدال مماثل حاضر في الأدبيات الفينومينولوجية حول الذاتية في انفصام الشخصية والاضطرابات الأخرى. يلتزم الفينومينولوجيون الهوسرليون بشكل عام بدعوى أنّ بعض الإحساسات بالذات، على الأقل الإحساس الأدنى "بأنها خاصتي"، دائماً ما تصاحبها خبرة. هذا الجانب من الذاتية الدُنيا هو جزء من ماهية الخبرة؛ إذ سيكون من المستحيل أن نمتلك خبرة من دونه. لكن، كما يُشير دان زهافي، يجادل بعض الفلاسفة بأنّ علم النفس المرَضي يقدّم اعتراضاً على هذا التفسير (Dan Zahavi يصدر قريباً). حيث يجادلون بأنّ بعض الخبرات، مثل إدراج الأفكار وتبدد الشخصية الشديد - كلاهما من أعراض انفصام الشخصية - يتم تمييزها بواسطة خبرة من دون إحساس أساسي بأنها لي، أو خاصتي. في المقابل، يجادل زهافي بأنه إذا أوضحنا بشكل مناسب أفكارنا المختلفة حول الذاتية، فسنجد أنه حتى في هذه الحالات المرَضية النفسية، يتم الإبقاء على الإحساس بأنها خاصتي، مما يستلزم بالضرورة أن تبقى بعض الإحساسات بالذات أو الدراية-بالذات سليمة.

على أية حال، هنالك نقطة مهمة يجب مراعاتها في مقاربة زهافي. ففي حين أنه قد يبدأ تحقيقاته داخل إطار هوسرلي، إلا أنه يبقى منفتحاً على احتمالية حدوث تغييرات وعَرَضيات عميقة في بنية الخبرة. فهو لا يفترض ببساطة أننا نحتفظ بقدر أدنى من الإحساس بالذات حتى في حالات إدراج الأفكار وتبدد الشخصية الشديد. بل ينظر بعناية في الأدلة ويقدّم حججاً تدعم موقفه. لا يختلف هذا، في النهاية، عن مقاربة ميرلو-بونتي لدراسة علم النفس المرَضي. على الرغم من أنّ ميرلو-بونتي قد يقبل على الأرجح بمزيد من العرَضية في بنية الخبرة مقارنة بالفينومينولوجي الهوسرلي، إلا أنه في بعض الأحيان يقدّم دعاوى ماهياتية [أساسية] عن الخبرة، ويبدو أنه مستعد للدفاع عنها - مثل، إنّ الإدراك الحسي لشكل ما لا يكون ممكناً إلا إذا كان الشكل معروضاً على خلفية ما[4].

(4) يُعطي بعض المؤولين وزناً أكبر لدعاوى ميرلو-بونتي التي تبدو أنها ماهياتية، ويستخدمون هذه الدعاوى للمجادلة بأنّ ميرلو-بونتي نفسه فيلسوف متعالي

خلال تقديم هذه الأمثلة، لم يكن غرضي المجادلة بأنه من غير الصحيح بالضرورة أن يتم توصيف البُعد العاطفي للاكتئاب على أنه نوعٌ من المزاج، أو توصيف خبرات إدراج الأفكار وتبدد الشخصية الشديد على أنها تحتفظ بإحساس أساسي بالذاتية. بدلاً من ذلك، أهدف إلى توضيح كيف أنّ التزاماتنا الميتافيزيقية تحدد مسبقاً كيفية تأويلنا لأدلتنا - ما نستبعده، وما نأخذه على محمل الجد، وما نشعر بأن لدينا ما يسوّغ إعادة وصفه، وما إلى ذلك. ينطبق هذا على الأدلة التي تتجاوز التقارير الذاتية، لكنّ أخصائيي علم النفس المرَضي الفينومينولوجيين غالباً ما يعتمدون على التقارير الذاتية باعتبارها مصدراً رئيسياً للأدلة، لذلك من المفيد التفكير في كيفية تفاعلنا - وفي الكيفية التي يجب أن نتفاعل بها - مع هذه الأدلة.

تُتيح الالتزامات الميتافيزيقية لميرلو-بونتي - في مقابل تلك الخاصة بهوسرل وهيدغر المبكر - مساحة أكبر في كيفية تأويلنا لدراسات الحالة الخاصة بنا. وقد طوّر ميرلو-بونتي هذا الموقف الميتافزيقي على وجه التحديد لأنه لم يكن راضياً على عدم قدرة الفينومينولوجيا التقليدية على إنصاف الظواهر. فبالنسبة لميرلو-بونتي، نحن بحاجة دائماً إلى بعض الأنظمة الميتافيزيقية لتأسيس أو توجيه تحقيقاتنا. لكنّ كفاءة هذا النظام الميتافزيقي تقترن بكفاءة النتائج التي يُنتجها. فما أن يُجبرنا على تقديم دعاوى عبثية، أو استبعاد أدلة، أو استنباط تأويلات غير مسوّغة للظواهر، فإنه النظام الميتافيزيقي - وليس الظاهرة نفسها - ما يجب الاستغناء عنه.

[ترانسندنتالي]. للاطلاع على مثال على هذا الموقف، انظر Sebastian Gardner (2015).

المنهج

على الرغم من الاختلافات بين الفينومينولوجيين بشأن الأسس الميتافيزيقية الصحيحة لفهم الوجود البشري، هنالك التزامات منهجية واسعة يتشاركها جميع الفينومينولوجيين. أحد هذه الالتزامات هو الالتزام المنهجي بالتقييم النقدي والتعليق [suspending] لتحيزاتنا وافتراضاتنا المسبقة. إذا لم نقيّم افتراضاتنا المسبقة على نحوٍ انتقادي، فإننا نجازف بوصف ظاهرة التحقيق خاصتنا لا على ما هي عليه، بل كما نعتقد نحن مسبقاً. بدلاً من الوصف الدقيق لما يسميه هوسرل "الموضوعات نفسها"، قد نكرر ببساطة المفهوم الثقافي أو العلمي الحالي لموضوعنا. لكن على الرغم من أنّ الفينومينولوجيين يتفقون على أنه يجب علينا الحفاظ على موقف انتقادي تجاه تحيزاتنا، إلا أنهم لا يتفقون على الكيفية التي يجب أن نقيّم بها هذه التحيزات ونعلّقها. حيث يُوظّفون مناهج مختلفة للتقييم والتعليق، ويُعبّرون عن درجات متفاوتة من التفاؤل بشأن مدى نجاح هذه المناهج[5].

اختزال هوسرل

في حالة هوسرل، إنّ المكوّن الرئيسي في منهجه هو الاختزال [أو الردّ] الفينومينولوجي. اعتماداً على كيفية تأويلنا له، إمّا أنّ هنالك اختزالات متعددة - المتعالية، الماهوية، وما إلى ذلك - أو أنّ هنالك مراحل متعددة من الاختزال. أي تأويل نتبناه هنا لا يُعدّ مهماً على وجه الخصوص، لكن تركيزنا سيكون على الإيبوخية، التي قد نصفها إمّا أنها الاختزال الأول أو المرحلة الأولى من الاختزال، اعتماداً على التأويل الذي نوظّفه.

لقد استعار هوسرل مصطلح "الإيبوخية" من الشكوكيين الإغريق، الذين

(5) للاطلاع على الأدوار المختلفة التي تلعبها التحيزات في الأبحاث الفينومينولوجية، انظر Fernandez (2016, 2017)

جادلوا بأننا يجب أن نعلّق الحكم على أي مسألة حتى ننظر في جميع الأدلة. لكن بالنسبة لهوسرل، ليست الإيبوخية تعليقاً للأحكام الصريحة بقدر ما هي تعليقاً لمعتقداتنا الضمنية عن العالم وخبرتنا عنه. إضافة إلى ذلك، إنّ إيبوخية هوسرل هي أولاً وقبل كل شيء عبارة عن تغيير في الموقف - تحوّل من الموقف الطبيعي إلى الموقف الفينومينولوجي. يمثل الموقف الطبيعي موقف الحياة اليومية الذي نأخذ فيه خبرتنا عن العالم كأمر مسلّم به؛ فنحن لا نفكر في الكيفية التي يتم بها تقديم العالم لنا عبر الخبرة. هذا الموقف اليومي يُعدّ مُشكِلاً بالنسبة للفينومينولوجيين لأنهم يهدفون إلى صياغة الكيفية التي نختبر بها العالم وكيف تلعب ذاتيتنا دوراً في تقديمه. وبالتالي، فإنهم يحوّلون أنفسهم إلى الموقف الفينومينولوجي، مركّزين على كيفية اختبارنا، بدلاً من الذي نختبره. وكما يقول روبرت سوكولوفسكي، في الإيبوخية، "نحن ننظر إلى الذي ننظر عبره بالعادة" (Sokolowski 2000: 50).

يتطلّب هذا الانتقال إلى الموقف الفينومينولوجي أن نعلّق، أو نحصر بين قوسين، مجموعة التحيزات والافتراضات المسبقة الخاصة بنا عن العالم. فعلى سبيل المثال، للانتباه إلى الكيفية التي يتم بها تقديم موضوع الخبرة إلي - لِنقُل، كوب القهوة الخاص بي - يجب عليّ تعليق اعتقاداتي بأنّ الكوبَ موجودٌ مسبقاً، موجودٌ بشكل مستقل عني، ويشغل حيزاً فيزيائياً، ومتاحاً للآخرين، وما إلى ذلك. وبصفتي فينومينولوجياً، أسأل كيف يُقدِّم كوب القهوة نفسه إلي **باعتباره** موجوداً بشكل مستقل عني، **وباعتباره** يشغل حيزاً فيزيائياً، ومتاحاً للآخرين، وما إلى ذلك. عند إنتاج هذه الأوصاف لا يمكنني أن أفترض، على سبيل المثال، أنّ العالم مأهول مسبقاً بكائنات فيزيقية وأنّ قدراتي الإدراكية الحسية تقدِّم لي مظاهر هذه الكائنات الفيزيقية فحسب. حتى لو كان هذا تفسيراً علمياً-طبيعياً دقيقاً للإدراك الحسي، فهو ليس ذلك النوع من التفسير الذي يسعى وراءه الفينومينولوجي. فهو يُخفق في وصف كيفية تقديم هذه الكائنات إلي في المقام الأول.

في حين أنّ هوسرل بقيّ ملتزماً بأهمية الإيبوخية، إلا أنّ منهجه تطوّر خلال مسيرته الفلسفية. فعندما تحوّل اهتمامه من البِنى الضرورية والعالمية للخبرة إلى البِنى العرَضية والنسبية ثقافياً، طوّرَ منهجاً جديداً لاستيعاب موضوعه الجديد. ففي دراسته للتكوين الثقافي للخبرة، أدركَ هوسرل أنّ تحيزاتنا الثقافية تشكِّل خبرتنا إلى درجة أننا لا يمكننا تعليق هذه التحيزات بضربة واحدة. فهي متأصلة فينا، ولا تشكِّل فقط اعتقاداتنا حول ما نختبره، بل حتى كيفية اختبارنا. لذلك، عندما نحاول الدخول إلى الموقف الفينومينولوجي بواسطة الإيبوخية، فإننا غالباً ما نحتفظ بتحيزات لم نكن نعرف أننا نمتلكها حتى.

يمثل هذا مشكلة بالنسبة للفينومينولوجي، الذي يريد العودة إلى "الموضوعات نفسها". إذا كانت افتراضاتنا المسبقة حول الموضوع متأصلة للغاية إلى درجة أننا لا يمكننا حصرها بين قوسين من خلال الإيبوخية - أي عبر التحوّل في الموقف - فكيف يمكننا الاستمرار في ممارسة الفينومينولوجيا؟ إذا لم نكن قادرين على تخليص أنفسنا من تحيزاتنا، فإننا محكومٌ علينا أن نصف ما نعتقد به مسبقاً ليكون هو الحال، ولا يزيد عنه. في ضوء هذه المشكلة، يأخذ هوسرل منعطفاً منهجياً، على الرغم من أنّ هدفه يبقى نفسه. فبدلاً من حصر بين قوسين افتراضاته المسبقة من خلال التغيير في الموقف، يحصرها بين قوسين من خلال تحليلها والبحث فيها بشكل فاعل. فقط من خلال هذه العملية يمكنه أن يُخفف من افتراضاته المسبقة إلى درجة أنه قد ينتبه إلى الموضوعات نفسها.

يجادل بعض العلماء بأنّ العمل الأخير لهوسرل يُنبِئ عن نوع مختلف من الإيبوخية، ما يسميه ديفيد كار "الاختزال التاريخي" (David Carr 2009). تسعى هذه الإيبوخية الجديدة إلى تحقيق نفس الغاية - تخفيف وتعليق التحيزات - لكنها توظِّف وسائل التحقيق التاريخي. إذا ما رغبنا في فهم تحيزاتنا الحالية وكيف أنها تُشكِّل خبراتنا، فنحن بحاجة إلى اكتشاف أصول هذه التحيزات وإيجاد موضع ترسّخها في عالم حياتنا الثقافية - أي عالم الحياة اليومية المتسم

بالمغزى. لنأخذ مثالاً على ذلك، تأمل في التحقيق التاريخي لهوسرل حول "رِّيضنة [mathematization] الطبيعة" لجاليليو (Husserl [1954] 1970). حيث يجادل بأنّ المساهمة الرئيسية لجاليليو في الفكر العلمي لم تكن اكتشافه المبادئ الأساسية للكون الفيزيائي، بل إعادة تصويره للطبيعة على أنها موضوعية. حيث ادّعى قبل إعادة التصوير هذه، أننا نختبر العالم الطبيعي باعتباره مشتَركاً، ومتاحاً للآخرين بنفس الطريقة المتاحة لنا. لكننا لم نختبره على أنه موضوعي، بمعنى وجود بعضاً من الواقع المستقل وراء المظاهر الذاتية البحتة الحاضرة في خبرتنا. لقد كان مفهوم جاليليو الجديد عن الطبيعة، كما يجادل، هو الذي ترسّخ في عالمنا الحياتي -على الأقل عالم الحياة الأوروبية - وأصبح الطريقة الطبيعية لاختبار بيئتنا. وفقاً لهوسرل، أنشأ جاليليو رؤيةً عالمية أسقطْنا فيها خبراتنا اليومية لصالح تبصّرات لممارسة ثقافية معينة - ممارسة العلوم الطبيعية.

على الرغم من احتفاء الكثيرين بهذه الرؤية، إلا أنّ هوسرل يتأسف على حقيقة أنّ هذه الرؤية الجاليلية غطّت ثراء الخبرة اليومية. تلك الخبرة التي يسعى الفينومينولوجيون إلى وصفها، لكن تتجاهلها النظرة العلمية الطبيعية. وللعودة إلى هذه الخبرة، كما يجادل، يجب علينا اكتشاف التحيزات التي أعادت تشكيل خبرتنا، وعندها فقط يمكننا تعليقها والعودة إلى "الموضوعات نفسها". إنّ هذا المنهج الجديد، كما أُجادل، أثَّرَ في مقاربة ميرلو-بونتي في الذاتية والخبرة المرَضية النفسية.

الاختزال غير التام لميرلو-بونتي

يقول ميرلو-بونتي في عبارته الشهيرة، "الدرس الأهم حول الاختزال هو استحالة الاختزال الكامل" ([1945] 2012: lxxvii). لا يُعدّ هذا ردّاً لاختزال هوسرل. فميرلو-بونتي لا يعتقد أنّ الاختزال مستحيل، بل أن اكتماله أمرٌ مستحيل. وهذا يتوافق مع المقاربة الأخيرة لهوسرل، التي تتطلّب أن نبقى منفتحين على احتمالية كوننا مضلّلين بالتحيزات والافتراضات المسبقة التي لم

نكن نعرف أننا نمتلكها[6]. وهذا لأننا لا يمكننا انتزاع أنفسنا من سياقنا التاريخي المتجسِّد:

> لهذا السبب دائماً ما يتساءل هوسرل من جديد عن إمكانية الاختزال. إذا كنّا أرواحاً مطلقة، فلن يكون الاختزال مُشكِلاً. لكن بما أننا، على النقيض من ذلك، في العالم ونمضي قُدماً فيه، وبما أنه حتى أفكارنا تحدث في التدفق الزمني الذي تحاول التقاطه... فليس هنالك فكر يضم كل فكرنا. أو مرة أخرى، كما تقول المواد غير المنشورة، الفيلسوف هو مبتدأ دائم. هذا يعني أنه لا يقبل أي شيء يُعدّ مؤسَّساً مما يعتقد العلماء أو الرجال أنهم يعرفونه (Merleau-Ponty [1945] 2012: lxxvii-lxxviii).

يجب علينا إخضاع كل من اعتقاداتنا اليومية والعلمية إلى الفحص النقدي. ومتى ما تمكّنا من ذلك، وَجبَ علينا تعليق هذه الاعتقادات حتى ننظر في جميع الأدلة المتاحة ونهتم على نحوٍ صحيح بظاهرة التحقيق خاصتنا.

لكن ما علاقة هذا الأمر بعلم النفس المرَضي؟ عندما طوّر هوسرل الإيبوخية التاريخية الخاصة به، كان معنياً بالكيفية التي غيّرت بها الهندسة والفيزياء ما بعد الجاليلية العالمَ الحياتي للعلماء، وكذلك العالم الحياتي للأشخاص العاديين. وكان مهتماً بالكيفية التي حثتنا بها التقدّمات العلمية على إعادة تصوّر العالم الطبيعي على أنه موضوعي، ونتيجة لذلك، نشكك في خبراتنا بقدر ما نتصور أنها ذاتية. يعتمد ميرلو-بونتي على هذا التقليد لكن مع التركيز على تحيزات العلوم المعرفية المعاصرة، بما في ذلك علم النفس، والطب النفسي، وعلوم الأعصاب.

لقد عثرنا على أحد أفضل الأمثلة لهذه المقاربة في مقدّمة ميرلو-بونتي لـ

(6) يبدو أنّ هذا الموقف العام متشاطرٌ بين غالب الفينومينولوجيين ما بعد الهوسرليين، بما في ذلك الفينومينولوجيين الهيرمينوطيقيين، مثل هيدغر وهانز جورج غادمير، والفينومينولوجيين الوجوديين.

فينومينولوجيا الإدراك الحسي، معنونةً بـ، "التحيزات الكلاسيكية والعودة إلى الظواهر". هنا، يقوّض التحيزات والافتراضات المسبقة التي قد نمتلكها حول موضوعنا - في هذه الحالة، الإدراك الحسي- للوصول إلى "الظواهر"، أو ما يُسميه هوسرل "الموضوعات نفسها". لكنّ ميرلو-بونتي لا يطلب منا أن ننزلق إلى موقف فينومينولوجي تسقط فيه تحيزاتنا الكلاسيكية، لتتركنا مع ظواهر غير ملوثة. بدلاً من ذلك، يقوّض التحيزات من خلال مواجهتها وجهاً لوجه. حيث يحلل بعناية المفاهيم القياسية - بما في ذلك "الإحساس"، "الاقتران"، "الذاكرة"، "الانتباه"، "الحكم -لإثبات كيف أنّ فهمنا المعتاد لهذه المفاهيم يضللنا، مما يجعلنا نُسيء تأويل طبيعة الإدراك الحسي. ففي دراسته عن "الإحساس"، على سبيل المثال، أظهر أنّ النظريات الثلاث المتنافسة - عن الإحساس كـ (1) انطباع، (2) كيفية، (3) عواقب فورية للتحفيز - تتشاطر في الواقع افتراضاتٍ مسبقة مُشكِلة. إذ تفترض أنّ الإدراك الحسي مبني على أجزاء صغيرة من المعطيات الحسية التي يُجمّعها الشخص في خبرة كلّيانية (حتى وإن اختلفت هذه النظريات حول طبيعة المعطيات الحسية هذه وكيف يُجمّعها الشخص). تكمن مشكلة هذه الرؤى في أنها تفسّر فعل الإدراك من خلال الاحتكام إلى موضوعات الإدراك الحسي؛ فهي تُهمل الكيفية لصالح الماهية. باختصار، إنها تصادر على المطلوب -أي لا تخبرنا كيف نختبر الموضوعات كموضوعات لأنها تفترض وجود الموضوعات الاختبارية (أي أجزاء المعطيات الحسية) في تفسيراتها. كما يقول ميرلو-بونتي، "كنا نعتقد أننا عرفنا ما هو اللمس، وما هي الرؤية، وما هو السمع، لكن هذه الكلمات تُثير الآن مشاكل. لذا نعود إلى الخبرات ذاتها التي تعيّنها هذه الكلمات لأجل تعريفها من جديد (10 :2012 [1945]). إنّ ما يقدّمه ميرلو-بونتي لنا في مقدّمته ليست نظرية جديدة عن الإدراك الحسي، بل تحقيق سقراطي يُظهر مدى قلّة معرفتنا عن الإدراك الحسي. فقط من خلال الانخراط في هذا التحقيق السلبي، واكتشاف ما لا نعرفه، يمكننا أن نضع أنفسنا في وضع يسمح لنا بتطوير نظرية جديدة وفُضلى عن الإدراك الحسي. بالطبع، لا يمكن لهذه العملية أن تكتمل. إذ دائماً ما

سيكون هناك المزيد من التحيزات والافتراضات المسبقة التي فاتتنا. وبالتالي نُترَك مع الاختزال غير التام لميرلو-بونتي.

المنهج: التطبيقات المعاصرة

إنّ تطبيق المنهج -بخلاف تطبيق الميتافيزيقيا - واضح إلى حدٍ ما: لتطبيق اختزال ميرلو-بونتي على نطاق علم النفس المرَضي، يجب علينا أن نقيّم بشكل نقدي المفاهيم الأساسية والافتراضات المسبقة التي يرتكز عليها هذا الحقل الاستقصائي. وإذا فشلنا في القيام بذلك، فإننا نجازف بحجب الظواهر المرَضية النفسية من خلال وصف ما نعتقد به مسبقاً على أنه هو الحال.

لتوضيح ذلك، يمكننا النظر في مثالّي الاكتئاب والاضطراب الثنائي القطب. فكما يُشير Giovanni Stanghellini (2004)، إنّ الطبعات الأخيرة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية (DSM) والتصنيف الدولي للأمراض (ICD) لا تصف الاضطرابات الذهنية بشكل كاف وتفشل في ترسيم حدودها بوضوح. خُذْ بعين الاعتبار أحد معايير التشخيص لـ MDD: مزاجٌ مكتئبٌ. هل المزاج المكتئب نوعٌ من المزاج أم هو فقدان للشعور؟ هل يختلف كيفياً عن المزاج السليم الطبيعي، أم هو مجرّد اختلاف في الدرجة؟ هل هو شكل مرَضي من الحزن أم يختلف عن الحزن؟ لم تتم الإجابة على أي من هذه الأسئلة - أو حتى تناولها - من قِبل التصنيفات التشخيصية المعاصرة. ليس هذا لأنّ الإجابات صعبة للغاية، بل لأنها تفترض أننا نعرف جميعاً ما يعنيه "المزاج المكتئب". فنحن لا نُدرك حتى أنه سؤال ينبغي طرحه. لكن كما أظهرَ الفينومينولوجيون، عندما يتعلق الأمر بخبرتنا الخاصة، فإننا نعرف أقل بكثير مما نعتقد أننا نعرف.

هنالك مشكلة مماثلة تظهر في أدبيات الطب النفسي حول الاضطراب الثنائي القطب. يشير مصطلح "ثنائي القطب" إلى أنّ الحالة الطبية لا تتضمن حالتين مستقلتين فقط- الاكتئاب والهوَس - بل أنّ هاتين الحالتين متعاكستا

الأقطاب. إنّ ميزة الحالة هذه مضمَّنة في عنوانها، ولذلك فإنّ المصطلح يُهيئنا إلى التفكير في الحالة على أنها انتقال بين هذين القطبين. لكن إذا ما نظرنا إلى تاريخ مفهوم الاضطراب الثنائي القطب، نجد أنّ النموذج الثنائي القطب - الذي أعقبَ مفهوميّ "الجنون الاكتئابي-الهَوسي"، و "ردّ الفعل الاكتئابي-الهوسي" - كان مجرّد واحد من ثلاثة نماذج متنافسة. يقدّم بعض الباحثين "النموذج الثلاثي" و"النموذج المتصل". فوفق النموذج الثلاثي، هنالك ثلاث حالات مستقلة - الاكتئاب، الهوس، سوائية المزاج (أي المزاج السليم، الإيجابي) - ترتبط مع بعضها مثل النقاط على المثلث. هذا يعني أنّ المرء يمكنه أن ينتقل من حالة واحدة إلى أي حالة أخرى من دون المرور عبر الحالة الثالثة. إحدى مزايا هذا النموذج أنه يسمح لنا بتفسير الحالات المختلطة - أي الحالات التي تظهر فيها أعراض الاكتئاب والهوس في نفس الوقت - على أنها انتقال من الاكتئاب إلى الهوس، أو من الهوس إلى الاكتئاب، وأنها لا تمرّ عبر سوائية المزاج. أما وفق النموذج المتصل، فالقطبان هما، في الحقيقة، سوائية المزاج والهوس، مع الاكتئاب في الوسط. في هذه الحالة، لا يتم تصوّر الاكتئاب والهوس على أنهما متعاكسان، والحالات المختلطة لا تكون مفاجئة لأنّ أي انتقال بين سوائية المزاج والهوس يجب أن يمرّ عبر حالة الاكتئاب. الأهم منذ ذلك، لا يبدو أنّ هنالك الكثير من الأدلة التي تدعم النموذج الثنائي القطب على حساب النموذجين الآخرين. لسببٍ ما، انتشر النموذج الثنائي القطب وغدا الآن العنوان الأساسي لهذه الحالة. عند التغاضي عن تاريخ المفهوم، يصبح من السهل جداً أن نبدأ تحقيقاتنا من الافتراض الذي مفاده أنّ الاكتئاب والهوس هما في الواقع قطبان متعاكسان، وهذا يمكن أن يُحدِّد سلفاً على نحوٍ مُشكِل كيفية وصفنا لخبرات الاكتئاب والهوس (Fernandez 2016).

إذا نحّينا جانباً البحث الفلسفي في "الموضوعات نفسها"، لماذا يجب على الأطباء النفسيين وأولئك المصابين بالاضطرابات الذهنية أن يقلقوا بشأن المعايير التشخيصية الضعيفة التحديد أو غير المحددة؟ إذا كان الأطباء النفسيون

يمتلكون سلفاً فهماً أساسياً لما يعنيه "المزاج المكتئب"، ألا يكون ذلك كافياً للممارسات السريرية؟ إحدى المشاكل هي أنه ليس هنالك سبب للاعتقاد بأنّ الأطباء النفسيين يتفقون على تعريفاتهم للمعايير التشخيصية. إذا كان هذا هو الحال، فإنهم بالتأكيد لا يتفقون على كيفية وتوقيت تطبيق هذه المعايير. ربما يعتقد أحد الأطباء النفسيين أنّ المزاج المكتئب يماثل الحزن الشديد، وآخر يعتقد أنّ أنه إحساس عميق بالذنب، وغيره يعتقد أنه فقدان للشعور. من الصعب أن يتمكن هؤلاء الأطباء النفسيون من الاتفاق على مَن يجب أن يتم تشخيصه بـ MDD، وأي نوع من التدخلات يجب إجراؤها لأجل الأفراد، ومتى يُعتبر الشخص قد شُفيَ أو يتمتع بصحة جيدة. وهذا فقط في مجال الممارسة السريرية. فإذا ما نقبّنا في الأبحاث الطبية النفسية، سنجد مجموعة كبيرة من المشاكل الجديدة، مثل الخلافات في اختيار مَن يجب تضمينه في الدراسة أو في كيفية تقييم فعالية التدخّل.

لكن هذا ينطوي على خطر الخلط بين قضيتين مهمتين. قد يتم التغلّب على بعض هذه المشاكل من خلال التنصيص [التسالم] على تعريفات واضحة لكل معيار تشخيصي، وبالتالي على تعريفات واضحة لكل فئة من الاضطرابات. قد يُنتج هذا على الأقلّ اتفاقاً بين الأطباء النفسيين - أنهم سيُشخِّصون نفس المرضى بنفس الطريقة، مما يؤسس ما يُسميه الأطباء النفسيون بـ "الموثوقية". على أية حال، لا ينبغي للفينومينولوجيين أن يكونوا راضين على التعريفات المنصوص عليها بوضوح. إذ يجب عليهم السعي إلى التعريفات التي تبلغ جوهر الموضوع، وتصوغ بشكل واضح طبيعة وحدود الحالة المذكورة. وينبغي أن يكونوا راغبين في أن تكون تعريفاتهم وأوصافهم للاضطرابات "صالحة"[7]. وعندما يتعلق الأمر بـ "المزاج المكتئب" أو "ثنائية القطب"، لا ينبغي أن تكون لدى الفينومينولوجيون رغبةً في أن يُرشّح المجتمع الطبي النفسي ببساطة

(7) من الصعب جداً تعريف المفهوم الطبي النفسي "صلاحية = validity"، وليس هناك تعريف متفق عليه حالياً (انظر Tabb 2015).

تعريفاً ما. بدلاً من ذلك، يجب أن نهتم بعناية بالخبرة التي نحاول الإشارة إليها مع كل معيار، واكتشاف ما إذا كانت في الواقع ظاهرة وحدوية (أم ربما ظواهر متنوعة مجتمعة تحت عنوان مشترك)، وصياغة ميزاتها الأساسية. فقط من خلال المضي قُدماً بهذه الطريقة، يمكننا أن نأمل في الفهم التام للحالة المرَضية النفسية المذكورة.

لتفعيل اختزال ميرلو-بونتي، أو الإيبوخية، يحتاج الفينومينولوجيون إلى الاهتمام بالمفاهيم المستعملة في أبحاث الطب النفسي المعاصرة، وكذلك في الحوارات اليومية، واكتشاف ما نحاول الإشارة إليه بهذه المصطلحات. ففي كثير من الحالات، قد نكتشف أنّ أولئك الذين يوظّفون المصطلح لا يمتلكون فهماً جيداً لمعناه أو إحالته. مثل هذا التحقيق لا يكشف عن طبيعة الظاهرة المعنية، لكنه يكشف على الأقل عن مدى ضآلة معرفتنا، وبالتالي يضعنا في وضع أفضل لاستكشاف وصياغة الظاهرة التي تحظى باهتمامنا. فقط بعد مُساءلة مفاهيمنا الأساسية سنكون في وضعٍ يمكّننا من حصر بين قوسين افتراضاتنا المسبقة والمضي قُدماً في التحقيقات الفينومينولوجية للحالة المرَضية النفسية ذاتها[8].

الختام

إنّ تطبيق الفينومينولوجيا في دراسة الاضطرابات الذهنية ليس بالأمر الجديد على الإطلاق، حيث تمّ ترسيخه على الأقل في وقت مبكر منذ **علم النفسي المرَضي العام** لياسبرز (Jaspers [1913] 1997). على أية حال، فإنه يمرّ اليوم بولادة جديدة، خاصة في الأدبيات الفلسفية والطبية النفسية حول انفصام

(8) في هذا الصدد، قد يتم تأويل التوصيف أعلاه للميتافيزيقيا التطبيقية على أنه جزء واحد من المنهج التطبيقي. هذا يعني، بقدر ما أنّ الفينومينولوجيين ملتزمون منهجياً بالتعليق والتقديم النقدي لمجموعتهم الكاملة من التحيزات والافتراضات المسبقة، فإنهم ملتزمون بالضرورة بالتعليق والتقييم النقدي لتحيزاتهم الميتافيزيقية (مثل، تحيزات المثالية المتعالية). ومع ذلك، بسبب الطبيعة الشاملة للافتراضات المسبقة الميتافيزيقية، أجد من المفيد مناقشة هذه الافتراضات المسبقة على نحوٍ مستقل.

الشخصية، الاكتئاب، والاضطرابات العصبية المختلفة. لكنّ الكثير من هذا العمل، المعاصر والتاريخي على حدٍ سواء، يُطبّق مفاهيم فينومينولوجية كلاسيكية - مثل، الذاتية، العاطفية، الزمانية - من دون التفاعل النقدي مع ظاهرة الاضطراب الذهني ذاتها. هنالك افتراض عام مفاده مادامت الفينومينولوجيا تستفسر وراء الخبرة البشرية، فإنها مجهّزة للتحقيق في أي خبرة بشرية. على أية حال، كما قد بيّنت، لا تُعدّ المقاربة الهوسرلية التقليدية مجهّزة بشكل جيد لدراسة التغيرات الكبيرة من الخبرة الطبيعية إلى الخبرة المرَضية. إذ تفترض ميتافيزيقيا هوسرل وجود بنية أساسية للخبرة لا تكون قابلة للتغيّر. ونسخته المبكرة من الإيبوخية تبالغ في تقدير قدرتنا على تعليق تحيزاتنا وافتراضاتنا المسبقة (رُغمَ أنّ نسخته المتأخرة تتحرك في الاتجاه الصحيح). في المقابل، يقدّم ميرلو-بونتي مقاربة فينومينولوجية تأخذ الأمراض النفسية على محمل الجد. إذ ابتكرَ ميتافيزيقيا جديدة تفسح مجالاً للعَرَضية في معظم البِنى الأساسية للخبرة والوجود. ويُقرّ منهجه بحدودنا البشرية، مثل عدم قدرتنا على التخليص التام لأنفسنا من الاعتقادات الطويلة-الأمد. لذلك يوصي بالتفاعل النقدي مع المفاهيم العلمية المعاصرة؛ إذ فقط من خلال اكتشاف أوجه القصور الخاصة بها، يمكننا أن نضعها خارج المسار ونعود إلى الظاهرة من جديد. ومن خلال التزامه باستيعاب الحالات العَرَضية في الحياة البشرية، يقدِّم ميرلو-بونتي - أكثر من أي فينومينولوجي آخر - أُسساً منهجية وميتافيزيقية للدراسة المعاصرة لعلم النفس المرَضي.

شكر وتقدير

أودُّ أن أتقدَّم بالشكر لروبن مولر وبراد بيترز وجينا زافوتا والمساهمين في ورشة عمل دراسات العلوم والتكنولوجيا في 29 مايو 2017 في جامعة الملك، هاليفاكس، على تعليقاتهم المفيدة على المسودات الأولى لهذا الفصل. وأودّ أيضاً أن أشكر كيلام تراست لتمويلها هذا المشروع.

References

Carr, D. (2009), Phenomenology and the Problem of History: A Study of Husserl's Transcendental Philosophy, 2nd edition. Evanston, IL: Northwestern University Press.

Dreyfus, H. L. (2007), Reply to Romdenh-Romluc, pp. 59-69. In Reading Merleau-Ponty: On Phenomenology of Perception. T. Baldwin, ed. London: Routledge.

Fernandez, A. V. (2014), Depression as Existential Feeling or De-Situatedness? Distinguishing Structure from Mode in Psychopathology, Phenomenology and the Cognitive Sciences, 13:595-612.

Fernandez, A. V. (2015), Contaminating the Transcendental: Toward a Phenomenological Naturalism, Journal of Speculative Philosophy,29:291-301.

Fernandez, A. V. (2016), Language, Prejudice, and the Aims of Hermeneutic Phenomenology: Terminological Reflections on "Mania," Journal of Psychopathology, 22:21-29.

Fernandez, A. V. (2017), The Subject Matter of Phenomenological Research: Existentials, Modes, and Prejudices, Synthese, 194:3543-3562.

Fulton, A. (1999), Apostles of Sartre: Existentialism in America, 1945-1963, Evanston, IL: Northwestern University Press.

Gardner, S. (2015), Merleau-Ponty's Transcendental Theory of Perception, pp. 29-323. In The Transcendental Turn. S. Gardner and M. Grist, eds. Oxford: Oxford University Press.

Hass, M. and Hass, L. (2000), Merleau-Ponty and the Origin of Geometry, pp. 177-188. In Chiasms: Merleau-Ponty's Notion of Flesh. F. Evans and L. Lawlor, eds. Albany: State University of New York Press.

Heidegger, M. ([1927] 1962), Being and Time. J. Macquarrie and E. Robinson, trans. New York: Harper Perennial Modern Classics.

Heinämaa, S. (2014), The Animal and the Infant: From Embodiment and Empathy to Generativity, pp. 129-146. In Phenomenology and the Transcendental. S.

Heinämaa, M. Hartimo, and T. Miettinen, eds. New York: Routledge.

Husserl, E. ([1954] 1970), The Crisis of European Sciences and Transcendental Phenomenology: An Introduction to Phenomenological Philosophy, D. Carr, trans. Evanston, IL: Northwestern University Press.

Husserl E. ([1935] 2008), Edmund Husserl's Letter to Lucien Lévy-Bruhl, The New Yearbook for Phenomenology and Phenomenological Philosophy, L. Steinacher and D. Moran, trans., 8:349-354.

Husserl, E. ([1913] 2014), Ideas for a Pure Phenomenology and Phenomenological Philosophy: First Book: General Introduction to Pure Phenomenology, D. O. Dahlstrom, trans. Indianapolis, IN: Hackett Publishing Company, Inc.

Jaspers, K. ([1913] 1997), General Psychopathology, J. Hoenig and M.W. Hamilton, trans. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Kant, I. ([1781] 1999), Critique of Pure Reason, P. Guyer and A.W. Wood, trans. Cam-

bridge: Cambridge University Press.Matherne, S. (2014), The Kantian Roots of Merleau-Ponty's Account of Pathology, British Journal for the History of Philosophy, 22:124-149.

Merleau-Ponty, M. ([1964] 1968), The Visible and the Invisible: Followed by Working Notes, Evanston, IL: Northwestern University Press.

Merleau-Ponty, M. ([1945] 2012), Phenomenology of Perception. Donald Landes, trans. New York: Routledge.

Romdenh-Romluc, K. (2007), Merleau-Ponty and the Power to Reckon with the Possible, pp. 44-58. In Reading Merleau-Ponty: On the Phenomenology of Perception. T. Baldwin, ed. London: Routledge.

Sartre, J. P. ([1945] 2007), Existentialism Is a Humanism, New Haven, CT: Yale University Press.

Simons, M. A. (1992), Two Interviews with Simone de Beauvoir, pp. 25-41. In Revaluing French Feminism: Critical Essays on Difference, Agency, and Culture. N.

Fraser and S. L. Bartky, eds. Bloomington: Indiana University Press.

Sokolowski, R. (2000), Introduction to Phenomenology, New York: Cambridge University Press.

Solomon, A. (2001), The Noonday Demon, London: Vintage. Stanghellini, G. (2004), Disembodied Spirits and Deanimated Bodies: The Psychopathology of Common Sense, Oxford: Oxford University Press.

Tabb, K. (2015), Psychiatric Progress and the Assumption of Diagnostic Discrimination, Philosophy of Science, 82:1047-1058.

Wilkerson, W. (2010), Time and Ambiguity: Reassessing Merleau-Ponty on Sartrean Freedom, Journal of the History of Philosophy, 48:207-234.

Zahavi, D. (Forthcoming), Consciousness and (Minimal) Selfhood: Getting Clear on for-Me-Ness and Mineness. In Oxford Handbook of the Philosophy of Consciousness. U. Kriegel, ed.

الفصل الثامن

التحوّل عبر الحوار: غادامير وفينومينولوجيا البينذاتية المتدهورة في الاكتئاب

كونستانتين-ألكسندر ميمل

المقدّمة

يهدف هذا الفصل إلى تقديم وصف للتفسير الفينومينولوجي للبينذاتية المتدهورة في الاكتئاب. فمن خلال التركيز على العلاقة بين الاكتئاب والبينذاتية، تحديداً على كيفية تأثير الاكتئاب على العلاقات بين-الشخصية وكيفية تأثره بها، أعتزم تسليط الضوء على كيف يمكن للتغييرات في علاقاتنا العادية مع الأشخاص الآخرين والخلفية المشتركة المفترضة سلفاً أن تؤثر وتُضعف الطريقة التي نختبِر بها الآخر. تلعب مسألة إذا كنّا نستطيع، وإلى أي مدى، أن نختبِر الآخر ونمتلك وصولاً إبستمياً إلى عقولهم وحالاتهم الذهنية دوراً مركزياً في النقاشات الحالية حول طبيعة وبنية البينذاتية. وقد أدى هذا إلى ظهور ما يمكن أن نحددهما على نطاق واسع أنهما المقاربتان المهيمنتان في البينذاتية، اللتان توفران بدورهما طرقاً متباينة لفهم وتفسير التبدلات في العلاقات بين الشخصية في تلك الحالات المرَضية النفسية كالاكتئاب، أو التوحّد، أو انفصام الشخصية[1].

فمن جانب، لدينا مقاربات "عقلية" للبينذاتية التي تُسند حالاتٍ ذهنية إلى الآخر لفهم خبرته. فعلى خلفية ما يُطلق عليه بشكل شائع جدل "نظرية العقل"،

(1) النظرة العامة التالية تَتْبع Fuch (2015).

انبثقت مقاربتان عقليتان رئيسيتان، يُشار إليهما في الغالب بـ مقاربتيّ المحاكاة ونظرية-النظرية[2]. ومن الأمور المركزية فيهما هو افتراض أنّ عقل الآخر هو بطريقة ما لا يمكن الوصول إليه، ولهذا السبب تؤكدان على ضرورة استنتاج الحالات الذهنية للآخر من خلال ملاحظة سلوكه الخارجي. في ضوء ذلك، فإنّ أمراض البينذاتية غالباً ما تُعزى إلى تدهورات في قراءة الذهن (مثل، Bosco et al. 2009؛ Sprong et al. 2007؛ للاطلاع على نظرة عامة، انظر Hutto 2013). ومن جانب آخر، لدينا المقاربات "الفينومينولوجية" للبينذاتية التي تؤكد على الطبيعة العاطفية، المتجسِّدة، والمتمثلة في الفهم بين الشخصي (e.g., Fuchs 2013; Gallagher 2012; Ratcliffe 2014a). على الرغم من أنها لا تستبعد بالضرورة مساهمات المقاربات العقلية في بعض حالات الفهم بين الشخصي، إلا أنّ نقطة انطلاقها لها طبيعة مختلفة تماماً، وتركّز على عمليات التفاعل بين فاعلينِ متجسِّدينِ. وعلى النقيض من الفهم الفرداني للعقل، فإنها تتصور الآخر، بما في ذلك حالاته الذهنية، على أنه لا شيئاً معزولاً، بل عادة، ما يكون على الدوام مرتبطاً مسبقاً بشكل قبل تفكّري بالأشخاص الآخرين وببيئتنا. ويقال إنّ هذا بدوره يمكّن خبرة الشخص-الثاني الفورية، وشُبه-الإدراكية الحسية للآخرين ولخبراتهم، بحيث يتم التوجيه قصدياً نحو خبراتهم باعتبارها شيئاً مستقلاً وخاصتهم، كما هو الحال في الجدل الحالي حول التعاطف [empathy] المتعلّق بإظهار البينذاتية (Ratcliffe 2014a; Zahavi 2011). على هذا الأساس، يتم تفسير الأشكال المتدهورة من البينذاتية في الأمراض النفسية باعتبارها اختلالاتٍ في أبسط طُرق تواجدنا مع الآخرين (e.g., De Jaegher 2013; Fuchs 2013).

---

(2) فيما يتعلق بمقاربة المحاكاة، انظر، على سبيل المثال، Gordon (1986), Heal (1996), Goldman (2006). وفيما يتعلق بمقاربة نظرية-النظرية، انظر Carruthers & Smith (1996) و Stich & Nichols (2003).

على أية حال، لن يكون اهتمام هذا الفصل تقييم الجدال الجاري بين هاتين المقاربتين النموذجيتين للبينذاتية. بدلاً من ذلك، أرغب في الانتقال إلى تقليد في الفلسفة وإلى عمل لأحد الفلاسفة وعلى وجه الخصوص ذاك الذي تمّ تجاهله حتى الآن في النقاش حول بنية وطبيعة البينذاتية، ونتيجة لذلك، أيضاً في سياق الأشكال المتدهورة من البينذاتية في الأمراض النفسية. أعتزم في هذا الفصل إثبات أنّ التبصّرات والأُطُر النظرية الموجودة في عمل الهيرمونيطيقي هانز-جورج غادامير يمكن أن تُستعمل في تسليط الضوء على التغييرات في العلاقات بين الشخصية في الاكتئاب. من المثير للاهتمام أنّ أحد المفاهيم الأساسية لغادامير، الذي ستَثبُت فعاليته كذلك لصالح نتائج هذا الفصل، أعني، "اندماج الأفق (الآفاق)" (*Horizontverschmelzung*) يُشار إليه بانتظام لأغراض تطوير المقاربات التشخيصية والعلاجية في الحالات المرَضية النفسية (e.g., Fuchs 2010; Stanghellini 2013; Stern 1991; Varga 2015). على أية حال، لم يلقَ عمل غادامير والهيرمونيطيقيين بشكل عام أي اهتمام تقريباً عندما يتعلق الأمر بتفسير البينذاتية وأمراضها. إحدى الاستثناءات البارزة هي آماندا تايلور-أيكن، التي قدّمت مقاربة غاداميرية للقرابة والغرابة في الفهم بين-الشخصي، فيما يتعلق بانفصام الشخصية والاكتئاب (Taylor-Aiken 2011). على الرغم من أنّ تحليلها للاكتئاب يركّز على التغييرات في الجسم، إلا أنني سأُقدِّم تفسيراً غاداميرياً آخر مثمراً على الأرجح: من خلال الاعتماد على اندماج الأفق (الآفاق)، أهدف إلى تقديم إطار أكثر عمومية لفهم التغييرات في العلاقات بين-الشخصية في الاكتئاب والذي ينطبق أيضاً على التغييرات في الجسم. وعلى نحوٍ أكثر تحديداً، سيساعدنا في تأطير الاكتئاب على أنه اعتلال "حواري"، بقدر ما يغيّر بشكل أساسي الطريقة التي نرتبط بها عادةً مع الآخرين والخلفية المشتركة المفترضة سلفاً. أقترح أنّ مثل هذا الإطار، الذي يسلّط الضوء على التكوين-المشترك لبعضنا البعض والمكان الذي نجد أنفسنا فيه، هو مناسبٌ على نحوٍ خاص لفهم وصياغة الطرق المختلفة للارتباط مع بعضنا البعض - وخاصة العلاقات بين

الشخصية في الاكتئاب التي أعتقد أنها تُثير اهتمامات نظرية وعملية في سياق أمراض البينذاتية بطريقة مضيئة للغاية[3].

فيما يلي، أُجادل بأنّ الاكتئاب يأتي مع ما أسمّيه "خبرة الآخر" المتغيرة. لكي نفهم بشكل تام كيف يغيّر الاكتئاب فينومينولوجيا البينذاتية، سأستند إلى فينومينولوجيا غادامير في الفهم من خلال "اندماج الأفق (الآفاق)" كما تمّ تقديمه في كتاب **الحقيقة والمنهج**[4] وبالتالي على تركيزه على التحوّل عبر الحوار. سأبدأ برسم معالم المنظور الغاداميري للحوار السليم بين شخصين. وسيتم تخصيص باقي الفصل لفهم الأشكال المنحرفة من الحوار التي تحدث في الاكتئاب. وأودّ أن أقترح، على وجه التحديد، أنّ المقاربة الغاداميرية تساعد على فهم الاكتئاب باعتباره نمطاً من الآخرية الراديكالية. يسمح لنا هذا بتسليط الضوء على التدهور المحدد، ولكنه الأساسي في الاكتئاب - أي الانهيار، الجزئي على الأقل، للأفق البينذاتي المتشاطر الذي عادة ما نجد أنفسنا فيه. وهذا يترك بنية اختبار الآخر عُرضة للخطر.

---

(3) آمل أيضاً من تطوير هذه المقاربة الغاداميرية الهيرمينوطيقية للبينذاتية المتدهورة البدء بمعالجة التناقض بين دور الهيرمينوطيقيا في رسم معالم البينذاتية، من ناحية، خاصة في سياق الأمراض النفسية للبينذاتية، والمقاربات التشخيصية والعلاجية لتلك الأمراض النفسية، من ناحية أخرى.

(4) تشير جميع الاستشهادات النصية الواردة في هذا الفصل إلى مجلة Gesammelte Werke vol. 1 (2010)، على الرغم من أنني اقتبس (ما لم يُذكر خلاف ذلك) من الترجمة Gadamer (2004). من الآن فصاعداً أشير إليها بـ GW1. جميع الإحالات الأخرى الواردة إلى مجموعة أعمال غادامير ستكون بنفس الأسلوب، Gesammelte Werke vol. 2 (1993)، من الآن فصاعداً أشير إليها بـ GW2، و vol. 10 (1995)، من الآن فصاعداً أُشير إليها بـ GW10، على الرغم من أنني أقتبس (ما لم يُذكر خلاف ذلك) من الترجمات التالية المذكورة في قائمة المراجع: Gadamer 1976, 1989, 2000, 2006.

غادامير والحوار

لوصف الخبرة السليمة للآخر، وبالتالي فينومينولوجيا البينذاتية بشكل عام، نحتاج إلى تحديد كيفية حدوث الفهم المعتاد، الذي يتضمّن عناصر معرفية وغير معرفية، بين شخصين[5]. أقترح أنّ خبرتنا عن الآخر (هنا مرادف "للشخص الآخر" [أي ليس المعنى السلبي لها]) لا يمكن فصلها عن التوصّل إلى فهم الآخر وادّعاءاته المتعلقة بالموضوع المتبادل المطروح. بعبارة أخرى، يمكن للفشل في الفهم أن يُفسّر خبرتنا المتضائلة عن الآخر، وهو شيء رئيسي في الاكتئاب كما سأُثبِت في القسم الثاني من هذا الفصل.

لأجل تأسيس مثل هذا الحوار السليم، يمكننا الانتقال إلى هانز جورج غادامير وفينومينولوجيته في الفهم عبر اندماج الأفق (الآفاق). هنالك بعض القيود لهذه المقاربة. فغادامير متعنّت في الإشارة إلى أنّ مهمته الرئيسية لها طبيعة وصفية في تحديد كيفية حدوث الفهم (e.g., GW2: 438- 439). ومع ذلك، وبالتحديد عن طريق التحقيق في شروط إمكانية الفهم، سرعان ما يغدو واضحاً أنّ الفينومينولوجيا الخاصة بغادامير مثقلة معيارياً بقدر ما توضّح الشروط الأنطولوجية ولكن كذلك الملائمة إبستمياً التي يجب أن تُستوفى لينجح الفهم (e.g., GW1: 307, 367; GW2: 438). بعبارة أخرى، إنّ سردية الحوار الموضحة في هذا القسم من الفصل تعتمد على البُعد المعياري المتأصل في أعمال غادامير. وبالتالي، فإنّ اقتراحي الغاداميري لما أُسمّيه بـ "الحوار السليم" يرقى

(5) إنّ المفهوم الغاداميري للفهم هو مفهوم واسع إلى حد ما ويتضمن بالإضافة إلى "الملكة" المعرفية عناصر غير معرفية مثل بعض التحيزات غير الواعية التي تشكّل فهمنا المسبق للعالم. هذا هو السبب، كما سيتضح خلال الفصل، في أنه، بالنسبة لغادامير، لا يمكن تفسير حَدث الفهم وفق الضوابط الإبستمولوجية فقط، والوصول إلى معرفة الشيء وإصدار الحكم الفكري، بل بالأحرى باعتباره يؤثر على الكيفية التي نجد بها أنفسنا في العالم بشكل أعم. كما يصوغ الأمر بعبارة مؤثرة، "إنّ الفهم في الحوار ليس مجرّد مسألة تقديم الذات والتأكيد بنجاح على وجهة نظرها، بل يتم تحويلها إلى تشارك لا نبقى فيه كما كنّا" (GW1: 384).

إلى السرد المثالي للتفاعل الحواري والبينذاتية بشكل عام. إنّ تحليلي ليس معيارياً فحسب بقدر ما يشير إلى الكيفية التي يجب أن نتفاعل بها مع بعضنا البعض في عملية التوصّل إلى فهم بعضنا، بل أيضاً مقيِّداً من جهة أنني لا أصف إلا طرقاً ونطاقات معينة من التفاعل المجتمعي. ومع ذلك، أودّ الإشارة إلى أنّ فكرة الحوار السليم التي أطوّرها تساعدنا، أولاً، في التركيز على أشكال الحوار المنحرفة التي تحدث في الاكتئاب بطريقة مغايرة. وثانياً، تسمح لنا بانتزاع الآثار العلاجية من خلال الإشارة إلى التفاعل الحواري المثالي وبالتالي إلى كيف يمكن أن يبدو التحضير العلاجي أو، يمكن القول، كيف ينبغي أن يكون.

وفقاً لغادامير، إنّ نقطة انطلاق أي حوار بين شخصين هي أن يدخل كل محاور الحوار من خلال أفق فريد[6]. يدل "مدى الإبصار الذي يتضمن كل شيء يمكن رؤيته من نقطة معينة" (GW1: 307، ترجمة معدّلة) على أنّ الأفق يبني خبرة المرء عن الآخر. كوني كائناً تاريخياً محدوداً وبالتالي دائماً ما أقع سلَفاً داخل التراث، فأنا أحمل بعض "التوقعات الضمنية للمعنى والحقيقة" (Garrett 1978: 393)، التي أدرِك من خلالها الآخر وادّعاءه المرتبط بالموضوع. على أية حال، سيكون من الخطأ أن نفهم الأفق كقوة مقيِّدة بالضرورة. فعلى الرغم من أنه يقيِّد بالفعل إدراكنا للاحتمالات، إلا أنه يوفّر في نفس الوقت الظروف التي يمكننا من خلالها أن نختبر الآخر في المقام الأول (انظر GW2: 224). وعليه نحن لا نواجه العالم على نحوٍ اعتباطي، بل هو مقيّد مسبقاً، إذا صحَّ التعبير، بفهمنا المسبق لما هو ممكن بالنسبة لنا، على الرغم من أنّ هذا يميّز في نفس الوقت أنّ مثل هذا الفهم دائماً ما يكون مفتوحاً على التغييرات والانحرافات. إنّ الأفق ليس منغلقاً، بل منفتحاً أمام الخبرات الجديدة. كما

(6) بعد قليل، سيتم تأهيل هذا التفرّد من خلال كونه مفهوماً على خلفية الأفق المشترك الذي يكمن وراءه. لا ينبغي أخذه للإشارة إلى درجة العزلة أو ما يتصل بذلك من إمكانية الفهم عند التجريد من التفاعل مع الآخرين.

يقول غادامير، "إنّ الأفق ليس له حدود صلبة بل هو شيء يتحرك مع المرء ويشجّع على المزيد من التقدّم" (GW1: 250). فمتى ما أختبر شيئاً جديداً، يتوسّع أُفُقي. يدل هذا الانفتاح على جدلية الأفق الأساسية، الموجودة فقط من خلال كونها مستبدَلة (GW1: 348). عند النظر من خلال الذات والآخر، فإنّ ذلك يشير، بالنسبة لغادامير، إلى أنّ كلا الأفُقين، أُفُقي وأُفق الآخر، مترابطان على نحوٍ لا ينفصل. لذلك، من خلال هذا الانفتاح يمكننا تحديد الادّعاء البعيد المدى: إنّ أُفُقي لا يوجد بشكل مستقل عن أُفُق الآخر، بل بالأحرى كلاهما يعودان إلى أفق مشترك أكثر أساسية (GW1: 309).

وبذلك يبدو أنّ غادامير يطوّر فكرة الفينومينولوجي مارتن هيدغر التي مفادها إننا دائماً مرتبطون مع الآخرون، وهذا أمر بالغ الأهمية لمشروعنا عن فينومينولوجيا البينذاتية. على الرغم من أنّ كلا المحاورينِ لديهما أفق فريد وبالتالي يختبران الموضوع بشكل مختلف، إلا أنهما مع ذلك ينسجمان مع بعضهما البعض. يُعدّ هذا صحيحاً بغض النظر عمّا إذا كان المنظوران المختلفان يؤديان إلى خلاف حول الموضوع أم لا. قد يختبر الشخصان الأشياء بشكل مختلف - وبهذا المعنى "لا يتفقان" - ومع ذلك، فإنّ هذا التباين لا يكون ممكناً إلا على أساس الخلفية المشتركة المفترضة مسبقاً (Ractliffe 2014a: 272-273). لذلك أي حوار يحدث داخل ما قد نسمّيه أفقاً بينذاتياً مشتركاً بمعنى أنّ كلا الجانبين موحّدين مسبقاً بواسطته: "قد أقول 'أنت [Thou]'، وأُشير إلى ذاتي أكثر من أنت، إلا أنّ الفهم المشترك دائماً ما يسبق هذه المواقف" (GW2: 223). لذلك، يخلص غادامير إلى أنّ "صيغة 'أنا [I] وأنت [Thou] تنمّ عن اغتراب هائل"، ذلك أنه "ليس هنالك 'أنا ولا أنت' كواقعينِ جوهريين، منعزلين" (GW2: 223). وبعبارة فينومينولوجية، نحن عادة ما نعتبر أنه من المُسلَّمِ به أننا لا نختبِر موقفاً بشكل منفرد طالما سيعود إلى أيٍ منّا على وجه الحصر. بدلاً من ذلك، نحن دائماً ما نختبِره على أنه خاصتنا ومشترك، على خلفية يمكن بموجبها عندئذ أن نمتلك خبرات فردية.

لذلك يمكننا أن ننتزع من عمل غادامير الرؤية التي مفادها أنّ أي شخصين يتحدثان مع بعضهما البعض لا يتواجدان كواقعين منعزلين. بدلاً من ذلك، يتشاركان في واقع بين-شخصي مؤلَّف بشكل متبادل، الذي مرة أخرى يؤلِّف مظهرهم الخاص بهم في العالم. يمكن فهم هذا الأفق بين-الشخصي الواسع باعتباره "شرطاً شُبه-متعالي"[7] من جهة، أنه من دونه، سيكون اكتساب المعرفة عن الآخر صعباً للغاية إن لم يكن مستحيلاً، وبذلك سيترك بنية اختبار الآخر معرّضة للخطر. بعبارة أخرى، تمكّن هذه الخلفية المشتركة المفترضة مسبقاً الشخصين الداخلين في حوار من التوصّل إلى الفهم. يمكن لكلا أُفُقيهما أن يندمجا فيما يمكن أن نسميّه مبدئياً "أُفُقاً ثالثاً" أكثر شمولية، يُسمي غادامير هذه العملية "اندماج الآفاق"[8]. على أية حال، إنّ مجرد الانسجام مع بعضنا البعض ليس كافياً لما يمكن أن نسميه اندماج الآفاق "الناجح"، وتقدير الآخر

---

(7) على الرغم من أنّ غادامير يضم نفسه إلى المشروع المتعالي لكانط المتمثل في الكشف عن بِنى قبلية للفهم (انظر (Veith 2015: 12، إلا أنه من المنطقي هنا تأطيره باعتباره شرطاً شبه-متعالي.، لأنه لو تمّ تفسيره كشرط متعالي، فسيكون شرطاً لإمكانية مواجهة أي شيءٍ يكون عليه الآخر على الإطلاق، قبل أن نصل حتى إلى المعرفة المقترحة. على أية حال، بالتأكيد من الممكن أن أكون قادراً على امتلاك إدراك خارجي للسلوك التعبيري الجسدي للآخر وبالتالي أفهم أنهم يختبرون شيئاً ما، من دون أن أكون جزءاً من نفس الأفق البينذاتي الواسع. يبدو أنّ الأخير يقتصر على كونه شرطاً لاكتساب ما هو أكثر من الدراية المبهمة بالحالات الذهنية للآخر. للحصول على مقاربة دقيقة للبينذاتية تفسّر المستويات المختلفة للارتباط التعاطفي مع الآخر، انظر سرد ستين الثلاثي-الخطوات [Stein's three-tiered] للتعاطف (Stein 2008).

(8) إنّ المصطلح الألماني "Horizontverschmelzung" هو صيغة فردية غامضة إلى حدٍ ما، وقد قررتُ تقديمها على أنها "اندماج الآفاق" في الإنكليزية، مما يلمّح إلى التفرّد التعددي كمفتاح للعملية: اندماج الآفاق الفريدة على خلفية أفق أساسي موحّد. [المترجم: هنالك تشابه كبير بين فكرة اندماج الآفاق لغادامير وأفكار التشابه العائلي، المعنى في الاستعمال، الألعاب اللغوية، اتباع القواعد عند فتجنشتاين، للمزيد، انظر: How to read Wittgenstein's later works with Gadamerian Ontological Hermeneutics on the Subject of learning color concepts، لـ Abdullah Basaran.

وخبرته على أنها فريدة وبالتالي خاصته. يؤكد غادامير على الانفتاح الأساسي الذي يجب أن يكون حاضراً في الحوار، والذي بدونه "لن يكون هناك رابط بشري أصيل" (GW1: 367). يتضمن هذا الانفتاح المتبادل الرغبة في الكون متحولاً بواسطة الآخر وبذلك يسميه غادامير "التصور-المسبق للاكتمال" (Vorgriff der Volkommenheit)، المتمثل في أنّ كلا المتحاورينِ يظن أنّ دعوى الآخر صحيحة وذات مغزى (GW1: 229). لأنه فقط إذا اعتبرنا الآخر شريكاً محتملاً في الحوار، فسنمنحه مساحة كافية للتعبير عن نفسه، ومن ثمّ الاعتراف به كشخص له أفق فريد. وبخلاف ذلك، فإننا نجازف بإسقاط أنفسنا على الآخر، حيث سنختزلهم إلى وضع يشبه - الشيء [object] وبالتالي الاستغناء عن أنفسهم كـ "ظاهرة أخلاقية" (GW1: 364).

من وجهة نظر غاداميرية، يمكننا أن نستنتج أنّ الحوار السليم يهدف إلى دمج الأفق (الأفاق) مع الآخر، مما يسمح لنا باختبار الآخر وبالتالي تمييزه كشخص. لا تُعدّ البينذاتية واختبار الآخر شيئاً مبنياً بشكل مصطنع، "مما يؤكد على أنّ الآخر يمكن إعطاؤه أولاً كشيء مُدرَك فقط، وليس كعائش، كما هو معطى 'في الجسد'" (GW10: 95). إنّ اختبار الآخر لا يمكن أن يكون فعلاً مرتبطاً-بالذات (GW1: 365)، يحاكي ماذا يماثل أن تكون الآخر من وجهة نظر الذات. لأنّ ذلك سيفترض وصولاً مميزاً إلى عقل الآخر (GW1: 365)، غير أنه، من خلال ذلك، سيتضاءل اختبار الآخر ويُختزَل إلى إسقاطٍ للذات. بدلاً من الكون منفتحاً تجاه الآخر وتمييز خبرته بشكل فوري على أنها شيء مميز وخاص به، فإنّ مثل هذه المجابهة للآخر ستحل محل الفَرق بين "خبرتي" و"خبرتك"، وبالتالي بين الذات والآخر[9].

---

(9) يمكن أيضاً تمييز الاختلاف الأكثر عمومية بين المقاربات المنفتحة تجاه الآخر والمحاكية للآخر بعبارات غير غاداميرية كتلك التي بين المقاربات الفينومينولوجية والمحاكاتية للتعاطف، مكررين على نطاق واسع الفرق بين المقاربات الفينومينولوجية والمقاربات العقلية للبينذاتية. للحصول على نظرة عامة وتحليل لمدى تداخل تلك

وعليه، فإنّ المفتاح إلى فينومينولوجيا البينذاتية هو التميز المتبادل لبعضنا البعض كحاملين للخبرات الفريدة التي يمكن أن تحوّلنا، والتي من دونها لن ينجح اندماج الأفق (الآفاق). بعبارة أخرى، إنّ فينومينولوجيا البينذاتية كما فسرّناها هنا، تتضمن تمييز الشخص الآخر واندماج الأفق (الآفاق) الناتج. حيث يُغيّر هذا الاندماج الطريقة التي يرتبط بها المحاوران مع بعضهما البعض، لأنّ معرفتهم بالموضوع وكذلك برؤية الآخر له يتم توسيعها. فالطريقة التي يختبر بها المرء الآخر تغيرت، لأنّ أفقه توسّع، مما أتاح خبرة الآخر التي كانت مستحيلة قبل الاندماج.

على أية حال، لا ينبغي فهم هذا الاندماج من جهة توسّع أفقين فرديين فحسب. ذلك أنّ التركيز الأساسي ليس على كلا المحاورين وأفقيهما المتوسعين حديثاً، بل على حدث الاندماج نفسه. فبكونهما منفتحين تجاه بعضهما البعض، يكونان موحّدين عبر هدفهما المشترك لفهم الموضوع وبالتالي اختبار الآخر. يمكن ربط بنية الحدث هذه مع ما يحوزه غادامير في موضع آخر بمفهومه عن "اللعب= play"، وهو مفهوم غالباً ما يُهمله الجميع عند دراسة غادامير في هذا السياق:

المقاربات، انظر (2010, 2014a) Ratcliffe أو (2011) Zahavi. على أية حال، كما سيتضح، لا سيما في سياقنا، إنّ المقاربة الغاداميرية تجاه الآخر المقدّمة هنا، وللبينذاتية بشكل عام، تختلف عن المقاربة الفينومينولوجية للتعاطف على الأقل في جانب مهم واحد: إنها لا تكفي أن تكون موجّهة بشكل قصدي نحو الآخر وخبرته. لأنه لكي نميّز بحق أنّ الآخر حامل لخبرات فريدة، نحتاج أن نكون على دراية باحتمالية أننا قد لا نتشارك أفقاً بينذاتياً متبادلاً، مما يعني أنّ خبرتهم قد تكون مختلفة إلى حدٍ ما عن خبرتنا وتتجاوز الطريقة اليومية الخاصة بنا للتواجد في العالم. يشير هذا الفصل، بمعنى ما، إلى ما يمكن أن نسميّه مقاربة هيرمينوطيقية للتعاطف فيما يتعلق بالبينذاتية، مسلّطاً الضوء على التكوين-المشترك للذات والمكان الذي نجد أنفسنا فيه.

يتم اختبار أولية اللعبة على اللاعبين المشاركين فيها بواسطة اللاعبين أنفسهم بطريقة خاصة، فحيثما يكون هنالك تساؤل عن الذاتية البشرية التي تتبنى موقف اللعب... تكون اللعبة ذاتها خطراً على اللاعب: يمكن للمرء أن يلعب مع الاحتمالات الخطرة فقط.... تكمن جاذبية اللعبة، التي تمارسها على اللاعب، في ذلك الخطر. (GW1: 111- 112 اللون الغامق ليس في الأصل)[10]

بالتطبيق على اندماج الأفق (الآفاق)، فإنّ كلا شريكي الحوار يسترشدان بالحوار نفسه، ويخضعان إلى ديناميكية بينذاتية. وهذا هو السبب في أنّ الأفق "الثالث" المندمج يشكّل أفقاً بينذاتياً مشتركاً يعود إلى كليهما بدلاً من أن يكون حصراً على أحدهما. على أية حال، من دون الرغبة في التحدّي، وبالتالي وضع أنفسنا "في اللعب... من خلال الكون تحت الخطر" (GW1: 304)، لن نتمكّن من دمج الأفاق واختبار الآخر. وبرسم منظور غاداميري عن الحوار السليم، يمكننا أن نستنتج أنه ينطوي على ثقة وانفتاح متبادلين تجاه الآخر، ومن دونهما لا يمكننا تقدير الآخر وخبرته على أنها خاصته.

---

(10) عند دراسة غادامير، غالباً ما يتم اختزال "اللعب" إلى دوره المتعلق بخبرتنا عن الفن، في حين يتم استخدام فكرة غادامير "اندماج الأفق (الآفاق)" لإضفاء معنى على نموذج غادامير عن الفهم بشكل عام. وبتجاهل التفاصيل الخفية لموقف غادامير، تحافظ هذه القراءة على التركيز على الاستعارة المؤسفة لاندماج الأفق (الآفاق)، التي كانت الهدف الرئيسي للنقد انظر (2016) Mehmel. للوقوف على استثناء، انظر، على سبيل المثال، (2009, 2010) Vilhauer. لتجنب مثل هذا الخطر، يوظّف هذا الفصل مفهوم "اللعب "على نحوٍ مرتبط بمفهوم اندماج الأفق (الآفاق) وبالتالي كمصحّح له. [المترجم: هنالك تشابه كبير بين مفهوم اللعب = play عند غادامير ومفهوم الألعاب اللغوية عند فتجنشتاين، وقد أقرّ غادامير بهذا التشابه، للمزيد من الاطلاع راجع كتاب Wittgenstein and Gadamer لـ Chris Lawn، الفصل الثاني].

الحوار في الاكتئاب

لقد سمح لنا الاعتماد على فينومينولوجيا غادامير للفهم من خلال اندماج الأفق (الآفاق) برسم فينومينولوجيا للبينذاتية. وقد أثبتنا أيضاً كيفية حدوث الفهم في سياق العلاقة الثنائية العادية، التي تكون بين شخصين، وبذلك نكون قد قدّمنا تفسيراً للحوار السليم بشكل عام. على الرغم من أنّ تفسيرنا الغاداميري له طبيعة أولية للغاية، إلا أنني سأُطبّق الآن هذه النتائج على فينومينولوجيا الاكتئاب، موضحاً الأشكال المنحرفة للحوار التي تحدث في الاكتئاب وملمّحاً إلى الإمكانية التحويلية المتأصلة في النموذج الغاداميري للحوار[11].

من المؤكد أنه يتم استخدام "الاكتئاب" كمصطلح شامل لعدد من التشخيصات مع مجموعة متنوعة من الاعراض. على أية حال، من الآن فصاعداً، سأستخدم المصطلح للإشارة إلى التغيير الفينومينولوجي في خبرة الآخر كما هو الحال غالباً في الاضطراب الاكتئابي الرئيسي، كما تمّ تصنيفه من خلال الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية: DSM-5 (APA

(11) في هذا السياق، أنا أفهم الحوار باعتباره واسعاً إلى درجة أنه يشمل أي تفاعل تواصلي بين شخصين. على النقيض من غادامير الذي يتصور الحوار في نهاية المطاف من خلال مصطلحات لغوية بحتة ويُهمل البُعد الجسدي بشكل عام (للوقوف على استثناءات، انظر، على سبيل المثال، GW2: 208, 335, 336)، مثل هذا التعريف يمكن أن يعلل حقيقة أنه في الحوار يتفاعل فاعلين متجسدين. على الرغم من أنه خارج نطاق هذا الفصل، إلا أنّ المناقشة الشاملة للبينذاتية المتدهورة في الاكتئاب يجب عليها أن تعترف بالتبدلات الحاصلة في طريقة اختبار الشخص المكتئب لجسده وكذلك في طريقة اختباره للآخر (انظر، على سبيل المثال، Fuchs 2013). بدلاً من الاستعارة الإجرائية لاندماج الأفق (الآفاق)، يمكننا أن نؤطرها على أنها الاستحالة الظاهرية للحوار الجسدي، وبالتالي اندماج الآفاق الجسدية للشخص المكتئب وغير المكتئب (انظر Taylor-Aiken 2011). في الواقع، يمكن أن يُفهم اندماج الأفق (الآفاق) بعبارات مختلفة - على سبيل المثال المعرفية، العاطفية، الجسدية - وتمييزها سيسمح لنا بفهم أكثر تطوراً للاكتئاب ولتمظهراته المختلفة.

2013). في الواقع، يمكن تحديد هذا التغيير الفينومينولوجي في العديد من الشهادات وسرديات السيرة الذاتية لعملاء الطب النفسي، فكلهم يصفون الشكل المتدهور للبينذاتية. على سبيل المثال خذ بعين الاعتبار التصريحات التالية:

- الحياة هي ما تدور حول الارتباط، ليس هنالك شيء غير ذلك. والاكتئاب هو العكس؛ فهو اعتلال يُعرّف من خلال الاغتراب. (Brampton 2008).

- عندما أكون مكتئباً، أشعر أنّ علاقاتي أقل استقراراً وثقتي بالآخرين أقلّ بكثير. وأحاول تجنّب الناس، لأنهم يبدون غاضبين ومنزعجين مني... أشعر كأنني عبء. (Ratcliffe 2014a: 274)

- أجد الأشخاص الآخرين منزعجين عندما أكون مكتئباً، خصوصاً أولئك الذين لم يسبق لهم وأن عانوا من الاكتئاب، وغالباً ما أجد "النصيحة" المقدّمة منهم غير متعاطفة وسخيفة. (Ratcliffe 2014a: 274)

- أعتقد أنّ الاكتئاب هو - مرض العزلة الذي يُخبرك بالانسحاب، والبقاء بعيداً، وأن لا تكون شخصاً اجتماعياً. ونبقى بعيداً عن الأشخاص الذين سيجعلونك أفضل. (Karp 1996: 35)

في هذه السرديات، التي قدمّتها كأمثلة على التغيير الفينومينولوجي المذكور سلفاً، يمكننا تحديد فكرتين رئيسيتين العزلة وانعدام الثقة. تبدو العلاقات بين الشخصية، على الأقل في غالب الأوقات، مجرّدة من أي بُعد إيجابي ودّي. بدلاً من ذلك، يختبر المكتئبُ الآخرَ باعتباره تهديداً وقوة منفّرة لا يستطيع أن يدخل معها في علاقة حقيقية. أقترح أنّ إحدى طُرق تفسير هذا التغيير في اختبار الآخر هي من خلال اندماج الأفق (آفاق) بين الشخصين، وهكذا وفق هذا النحو يحدث الفهم في الحوار السليم. على الرغم من أنّ الانفتاح المتبادل يقع في قلب الحوار السليم، إلا أنّ الشخص المكتئب يفتقر إلى مثل هذا الانفتاح بحكم عدم ثقته بالأخر. نتيجة لذلك، يبدو أنه غير قادر على وضع نفسه في

"اللعب" و"تحت الخطر"[12]. ولا يخضع إلى الديناميكية البينذاتية المتمثلة في المُضي قُدماً بشكل تام في عملية الحوار، فالشخص المكتئب يمنع نفسه من دمج الأفق (الآفاق) مع الآخر، وبالتالي من تقدير الآخر كشخص. بدلاً من ذلك، يتم اختزال الآخر إلى إسقاط للمكتئب، مما يشكل تهديداً (انظر أيضاً Ratcliffe 2014b; Styron 1990). وبذلك يمكننا التمييز بين ظاهرتين مختلفتين: الشخص المكتئب لا يقتصر فقط على اختزال الآخر إلى إسقاطٍ ما من نفسه، بل أيضاً وبشكل وثيق لا يقبل الانفصال، لا يكون قادراً على التفاعل الحقيقي مع الآخر.

علاوة على ذلك، يفسّر فقدان الثقة سبب اعتبار نصيحة الأشخاص الآخرين "غير متعاطفة وسخيفة". فالمفتاح إلى اختبار الآخر في الحوار السليم هو "التصور-المسبق للاكتمال"، كما أشرتُ في القسم الأول من هذا الفصل، افتراض كلا المتحاورينِ أنّ دعوى الآخر صحيحة وذات مغزى. على أية حال،

(12) إنّ عدم القدرة الظاهرة هذه على وضع النفس "في اللعب" يمكن إثباتها بشكل أكبر من خلال الاعتماد على تفسير غادامير للغة كما هو مقدّم في الجزء الثالث والأخير من الحقيقة والمنهج. وهذا سيشمل تمييز عدم القدرة على إيصال اكتئاب المرء باعتباره جانباً جوهرياً ومؤلماً من خبرة الشخص المكتئب. بالنسبة لغادامير، إنّ الفهم دائماً ما يحدث مسبقاً في اللغة، التي تكوّن الأفق التأسيسي لخبرتنا الهيرمينوطيقية على النحو التالي: "إنّ نقطتنا الأولى هي أنّ اللغة التي يصل فيها الشيء إلى الكلام ليست ملكية تحت تصرّف أحد المتحاورينِ. فكل محادثة تفترض مسبقاً لغة مشتركة، أو ما هو أفضل، تخلق لغة مشتركة (GW1: 384)". على أية حال، في الحوار بين الشخص المكتئب وغير المكتئب، لم تعد هذه اللغة المشتركة مفترضة مسبقاً بالضرورة. يمكننا أن نستنتج من صعوبة الانخراط في لعب لغوي سلس أنّ الشخص المكتئب ممنوع من إنشاء لغة مشتركة مع محاوره وبذلك يُصبح أكثر عزلة. في حين أنه في الحوار السليم يمكن للغة أن تعمل كـ "وَسط ألتقي فيه أنا والعالم أو، بالأحرى، يُظهرون فيه انتمائهم الأصلي معاً" (GW1: 478)، إلا أنّ الشخص المكتئب يشعر أنه منفصل عن العالم. إنّ مفهوم غادامير للوضع الأساسي للغة بالنسبة لخبرتنا عن العالم وفيه يسمح بالتشديد على شيء يماثل الانفصال اللغوي بين المحاورينِ في مقابل الوحدة اللغوية أثناء العمل في الحوار السليم.

لا يبدو أنّ الشخص المكتئب في موقف يفترض فيه أنّ دعوى الآخر صحيحة وذات مغزى، لأنه اختزل الآخر إلى وضع تجسيد يشبه-الشيء ويقتصر على التهديد (تقريباً). إنّ احتمالية التفاعل مع الآخر بطريقة يمكن أن تغيّر وتحوّل أفق الشخص المكتئب تتضاءل. وبالتالي، فهم لا يشعرون أنه تمّ فهمهم من قِبل الآخر، وهذا بدوره يجعلهم يشعرون بعزلة أكبر وكـ "عبء"[13]. حتى لو أراد الشخص المكتئب أن يكون مفهوماً، و"توّاقاً إلى الاتصال"، لا يمكن أن يحدث اندماج الأفق (الآفاق)، لأنهم "أصبحوا غير قادرين على التواجد مع الآخرين بطريقة متوافقة" (Karp 1996: 14)[14].

من المعقول أن نستنتج أنّ الاكتئاب يتضمن خبرة متضائلة عن الآخر، وعلى نحوٍ أعم شكلاً متدهوراً من البينذاتية. يكشف التفسير الذي تمّ رسمه حتى الآن عن عدم القدرة على الارتباط وبالتالي اختبار الآخر في طريقة متغيرة-الأفق. على أية حال، من دون الكون في الحوار مع الآخر، فإنّ الشخص المكتئب يفتقر إلى إمكانية "الانغماس في عالم ديناميكي يشتمل على احتمالية التغيير الهادف" (Ratcliffe 2014a: 277). بدلاً من ذلك، نجد المكتئب منغلقاً بشكل تام عن العالم:

> من جانبنا فيما يتعلق بهذا الاتصال المقطوع، لقد كان جحيماً، حياةً معاشةً من وراء زجاج (Thompson 1996: 200).

---

(13) سواء أن كان الشعور بالعزلة يسبق الشعور بعدم الكون مفهوماً أم لا، في رأيي، ليس له تأثير على القراءة الغاداميرية المقدّمة هنا. في الواقع، أودّ الإشارة إلى العلاقة بين كلتا الظاهرتين، بقدر ما يبدو أنه شعور بعدم الكون مفهوماً لا يمكن فصله عن المشاعر السلبية للشخص المكتئب.

(14) يطرح هذا سؤالاً مثيراً للاهتمام: إلى أي مدى يتطابق الشعور بعدم الكون مفهوماً مع عدم قدرة الشخص الآخر على الفهم؟ لأنه بقدر ما يرتبط الشعور بعدم الكون مفهوماً بالشعور بالعزلة بشكل لا ينفصم (انظر الهامش السابق)، فقد يكون الأول نتيجة الأخير أو على الأقل يتفاقم بواسطته، بصرف النظر عن هل تحقق فهم جزئي على الأقل أم لا.

أشعر بأنني أشاهد العالم من حولي وليس لدي طريقة للمشاركة فيه (Ratcliffe 2014a: 277).

دائماً ما يحدث الحوار السليم داخل أفق بينذاتي مشترك يوحّد كلا المتحاورين. وهذا هو السبب في أننا خلصنا في القسم الأول من هذا الفصل إلى أنّ صيغة "أنا وأنت" لا تُنصف فينومينولوجيتنا عن البينذاتية، لأنهما لا يكوّنان واقعين منفصلين بشكل تام. على أية حال، يبدو أنّ الاقتباسات أعلاه تحيد عن مثل هذا التفسير. فبدلاً من أن يكونا متناغمين بشكل متبادل مع بعضهما البعض، أقترح، أنّ الشخص المكتئب على ما يبدو لم يعد جزءاً من هذا الإطار المتبادل. إنّ ما كان يُنظر إليه بوصفه شرطاً شبه-متعال في الحوار السليم، أي، الأفق بين الشخصي الذي يُمكِّن من انكشاف حدث الفهم بين الشخصي، مفقود، الذي مرة أخرى يترك بنية اختبار الآخر معرّضة للخطر، إلى درجة أنه يؤثر على كيفية اختبار الشخص المكتئب لنفسه مع الآخر.

أقترح، أنّ ما يتضمنه هذا التغيير يمكن فهمه بشكل أفضل عندما يتم تصوير الشخص المكتئب بشكل أوسع على أنه ما سأدعوه "الآخر الراديكالي"[15]. كما ذكرنا في القسم الأول، في الحوار السليم يختبر الشخصان الأشياء بشكل مختلف بحكم أنّ كلاً منهما يمتلك أفقاً فريداً، ومع ذلك ينتمي كل منهما إلى أفق بينذاتي مشترك. على أية حال، في الحوار بين الشخص المكتئب وغير المكتئب، يختلف المنظوران العاملان بشكل أكثر أساسية. لأنّ الأول لا يبدو أنه جزء من نفس الإطار كالأخير، كما أثبتنا سابقاً. وهذا هو السبب في أنّ الشخص المكتئب لا يشعر أنه مفهوم بل معزول، يشعر أنه منفصل بشكل تام عن أي شخص آخر دون أي إمكانية للمشاركة في العالم،

---

(15) هذه الفكرة وانعكاساتها مستوحاة من الغيرية الجذرية [radical alterity] لـ إيمانويل ليفيناس (e.g., Lévinas 1969: 194) و "عاطفة الأجانب" لـ سارة أحد (Ahmad 2010).

حتى لو كان قريباً جسدياً. وهكذا تبدو أنّ استحالة الدخول في حوار لا يمكن اختزالها إلى فعل واعي بحث نيابة عن الشخص المكتئب. من المؤكد أنه بحكم الشعور بالعزلة، يشعر الشخص المكتئب أنه يعي استحالة الانخراط في المستقبل، مما يؤثر بدوره على نطاق أفقه وبالتالي على قراراتهم المستقبلية بشأن الامتناع عن أي تفاعل. على أية حال، تُخاطر هذه القراءة، في نفس الوقت، باختزال مفهوم الأفق إلى مصطلحات إبستمية بحتة. لا ينبغي فهم الأفق على أنه ما يَعيه أو يُدرِكه بالضرورة أحد أو كلا المتحاورين، بل بالأحرى من خلال تأطير إمكانيات الفرد في التفاعل مع الآخر. وهكذا يغدو واضحاً أنه بسبب انهيار الأفق البينذاتي المشترك، على الأقل جزئياً، يشعر الشخص المكتئب باستحالة كونه مفهوماً[16].

يؤثر انعدام الخلفية المشتركة بشكل متساوٍ على الشخص غير المكتئب من جهة صعوبة ارتباطه بالشخص المكتئب:

> عندما بدأتُ أعاني من الاكتئاب، لم أعد أمرر إلا الرسائل السلبية من الأصدقاء والعائلة... نتيجة لذلك، سرعان ما تعلموا معاملتي بحذر شديد، وأصبحوا أقل عطفاً لأني أصبحتُ أقل تقبّلاً.... من الصعب جداً أن تكون قادراً على التراجع وإدراك أنّ الشخص المصاب بالاكتئاب يُسقِط أفكاره على الآخرين. (Ratcliffe 2014a: 279)

وبذلك فإنّ الاستحالة الظاهرة للشخص المكتئب على دمج الأفق (الآفاق) تؤثر على الشخص غير المكتئب. نظراً لكونه معرّضاً للسلبية البحتة، فمن المحتمل أن يتم اختزال الشخص المكتئب إلى وضع يشبه-الشيء، أي لا يكون

(16) لستُ مهتماً كثيراً، هنا، بتقديم ترتيب زمني لمن يأتي أولاً. بدلاً من ذلك، من المهم التمييز بين الاندماج الأنطولوجي والإبستمولوجي للأفق (الآفاق). فقط إذا أحدثنا هذا الفرق وأكدنا على البُعد الأنطولوجي للأفق البينذاتي المشترك، نُدرك عندئذ بالفعل أنّ الآفاق ليست إبستمية بحتة.

"قابلاً للوصول"[17]. على أية حال، يبدو أنّ هذا الاختزال يمثل مشكلة من جهة أنّ الشخص المكتئب يُصبح أبعد عن الوصول، إذا تمّ تجنبه بالفعل. فكما يقول كارب، "إنّ الحاجة إلى الانسحاب عن الآخرين تُبطل إدراك أنّ عَزل-الذات لن يؤدي إلا إلى تعميق المعاناة" (Karp 1996: 35). بعبارة أخرى، من خلال هذا الاختزال والاغتراب الناتج، فإننا نخاطر بالاستغناء عن الشخص المكتئب كظاهرة أخلاقية، باعتباره شخصاً آخر لديه خبرات فريدة. ينكشف هذا الخطر من خلال التفسير الفينومينولوجي للبينذاتية المتدهورة في الاكتئاب. إنّ ما هو مركزي في اختبار الآخر هو "تقدير إمكانيته على إعادة تشكيل العالم (Ratcliffe 2014b: 236)، تبدو إمكانية الشخص المكتئب مفقودة بحكم كونه "غير قابل للوصول". على الرغم من أنّ اندماج الأفق (الآفاق) لا يمكن أن يحدث، إلا أننا مع ذلك يجب أن نسعى إلى "إدراك أنّ الشخص المكتئب يُسقِط أفكاره على الآخرين" ونتجنب اختزال الشخص المكتئب بشكل تام. ذلك أنّ "الكثير من آلام الاكتئاب تنشأ من إدراك أنّ ما يجعلني أشعر بتحسّن - أي العلاقة الإنسانية - يبدو مستحيلاً في وسط نوبة الاكتئاب التعجيزية" (Karp 1996: 16). لذلك، بدلاً من الاستغناء عن الشخص المكتئب كظاهرة أخلاقية، يشير تحليلنا الفينومينولوجي إلى الموقف المتناقض للشخص المكتئب الذي يشعر وكأنه الآخر الراديكالي ذاته، لكن مع ذلك لا يرغب في نهاية المطاف أن يتم اختزاله

---

(17) قد نتساءل إلى أي مدى لا تكون الاستحالة الظاهرية لاندماج الأفق (الآفاق) مع الشخص المكتئب مرتبطةً بالتعرّض إلى السلبية البحتة فحسب. فعادة ما نأخذ الأفق البينذاتي المشترك الذي نجد أنفسنا فيه بشكل مُسلّم به وبالتالي هنالك احتمال أقل في أن نُصبح على دراية به. على أية حال، أعتقد أنّ هذه الدراية تكون مطلوبة إذا حاولنا فهم التغيّر الجذري للشخص المكتئب في إيجاد نفسه في العالم، لأنّ هذا الأفق الأوسع قد تغيّر بالنسبة لهم. أقترح أنه فقط إذا أصبحنا على دراية بهذا الأفق الأساسي وكذلك باحتمالية انهياره بشكل جزئي على الأقل، يمكن أن يبدأ الشخص غير المكتئب بفهم خبرات الشخص المكتئب، أو "الآخر الراديكالي"، التي تنحرف بشكل كبير عن خبراته، أو على الأقل فهم كيف تختلف خبرات الشخص المكتئب بشكل كبير.

على هذا النحو. لأنه من ناحية، من المؤكد أنّ الشخص المكتئب لديه إحساس متضائل بالقوة الفاعلة [agency]، فيشعر بأنه معزول ومفتقر إلى أي من الإمكانيات بين-الشخصية (أو معظمها)، مما يؤدي مرة أخرى إلى شكل متدهور من البينذاتية. على أية حال، من ناحية أخرى، لا يتطلب الأمر الكثير هنا للخضوع إلى الخبرة الاختزالية للشخص المكتئب، وإدراكه على أنه لا يزيد عن شيء [object]. يمكن لهذا مرة أخرى أن يرقى إلى فقدان إمكانية مساعدة الشخص المكتئب، الذي يعتمد على رغبتنا في التفاعل معه بطريقة تحويلية. بخلاف ما قد يُشير إليه الانهيار، الجزئي على الأقل، للأفق البينذاتي المشترك، فإنّ الطبيعة المفتوحة والديناميكية للأفق الفريد لكل فرد تستلزم، أو على الأقل أقترح أنها تستلزم، إمكانية إعادة الدخول إلى هذا الإطار المشترك. وبدلاً من اختزال الشخص المكتئب إلى وضع يشبه-الشيء، فإنه يتعين على الشخص غير المكتئب الاستمرار في ممارسة الثقة والانفتاح.

على الرغم من أنني لا يمكنني أن أُجادل بشكل قاطع لصالح هذه الأطروحة في هذا الفصل، إلا أنني أعتقد أنّ أي شكل من أشكال المواجهة العلاجية بين الشخص المكتئب وغير المكتئب من شأنه أن يستفيد على نحوٍ كبير من المقاربة الغاداميرية في الحوار والبينذاتية بشكل أعم. فالرغبة في التفاعل مع الشخص المكتئب والسماح للذات في أن تكون تحت الخطر من قِبل الشخص المكتئب، وبالتالي الكون عرضةً للتحدي في افتراضاته (تحيزاته)، ستولّد على الأرجح بيئة يُصبح فيها الانفتاح والثقة المتبادلين ممكنين مرة أخرى. تقترح المقاربة الغاداميرية أنّ فهم الآخر وبالتالي التعاطف معه هو عملية متشاركة-التكوين وتفاعلية وتبادلية، حركة على نحوٍ ذهابي وإيابي بين الشخصين. فالآخر المتعاطف معه ليس ساكناً بل "شخصاً يتحركَ مع المرء ويشجعه على التقدّم" (GW1: 250). بقدر ما تكون خبرة الذات عنه متغيرة باستمرار ويتم تغييرها في اندماج أفق (آفاق) لا ينتهي أبداً. وبذلك فإنّ الرغبة الطويلة المدى في التفاعل مع الشخص المكتئب من المرجّح أنها ستساعد على تحويل خبرة الشخص

المكتئب عن نفسه وعن الآخر، وبشكل أعم على توليد بيئة يمكن أن يحدث فيها التحوّل[18].

الختام

كان هدفنا في هذا الفصل تقديم تفسير فينومينولوجي للبينذاتية المتدهورة في الاكتئاب. وكانت دعوانا أنّ الاعتماد على فينومينولوجيا غادامير للفهم من خلال اندماج الأفق (الآفاق) يساعد على توضيح كيف يؤثر الاكتئاب على فينومينولوجيا البينذاتية. وعلى أساس الحوار السليم بين الشخصين، فسّرنا الأشكال المنحرفة للحوار التي تحدث في الاكتئاب من خلال الاستحالة الظاهرية لاندماج الأفق (الآفاق). حتى لو لم يكن التفسير المقدّم هنا ينطبق بشكل تام على جميع حالات الاكتئاب، وكذلك قد لا ينطبق على الأنواع الأخرى من الاعتلالات الطبية النفسية، آمل أن يُدرِك القارئ أنّ مثل هذا التحديد الفينومينولوجي المستوحى من الهيرمينوطيقيا يمكّن من فهم الاكتئاب باعتباره نمطاً من الآخرية الراديكالية التي قد لا تكون ممكنة. بشكل عام، آمل أن أكون قد قدّمت طريقةً لتصوير خبرات الاكتئاب من شأنها أن تساعد الفلاسفة وغير الفلاسفة على حدٍ سواء.

(18) على الرغم من أنّ المقاربة الهيرمينوطيقية المقدّمة هنا للتعاطف من خلال البينذاتية تؤكد بالفعل على الطبيعة الحوارية لفهم الآخر وخبرته، إلا أنه لا ينبغي فهمها باعتبارها تقترح أنه لم يعد هنالك أي اختلاف بين منظور الشخص الأول ومنظور الشخص الثاني بشأن خبرة المرء الخاصة به. فهذه نقطة مهمة. ذلك أنه، على الرغم من أن الشخص المكتئب يكون متأثراً بتفاعلاته مع المعالِج، إلا أنه مع ذلك يختبر نفسه والآخر بطريقة معينة، مما يسمح بإمكانية إساءة تأويل الآخر وكذلك نفسه (Ratcliffe 2017). والطريقة الوحيدة الممكنة لمواجهة سوء التأويل هذا، باعتقادي، هي بالتأكيد على ما أُسميه الفضائل الهيرمينوطيقية للنوايا الحسنة تجاه الآخر والتواضع الإبستمي تجاه الذات، كلاهما من المحتمل أن يتم تأسيسهما وتعزيزهما من خلال التفاعل الطويل المدى. للوقوف على تفسير لإمكانية الأخلاق والمحادثة الهيرمينوطيقية، انظر Mehmel (2016).

شكر وتقدير

تمّ تقديم النُسح الأولية لهذا الفصل في جامعة دورهام، وجامعة كارديف، وجامعة وورويك (كوفنتري)، وجامعة أوروبا الوسطى (بودابست)، وجامعة فيتا-سالوت سان رافاييل (ميلانو). أنا ممتن للمساهمين في جميع الفعاليات على تعليقاتهم، خاصة آنا بورتولان وإيان جيمس كيد وجوناثان ويبر. كما أودّ أن أشكر هاري ليوندون-إيفانز وجوهانس روزلر على ملاحظاتهم الثاقبة ولويس كامبيون وجاك كيلام وتوماس ستيفن على قراءتهم وتحريرهم الدقيق. وأخيراً، أودّ أن أشكر ماثيو راتكليف على تعريفي بالمقاربة الفينومينولوجية لفهم الأمراض النفسية وعلاجها.

References

Ahmed, S. (2010), The Promise of Happiness, Durham, NC: Duke University Press.

American Psychiatric Association (2013), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Bosco, F. M., Colle, L., De Fazio, S., Bono, A., Ruberti, S., and Tirassi, M. (2009), Th.o.m.a.s.: An Exploratory Assessment of Theory of Mind in Schizophrenic Subjects, Consciousness and Cognition, 18:306-319.

Brampton, S. (2008), Shoot the Damn Dog: A Memoir of Depression, London: Bloomsbury.

Carruthers, P. and Smith, P. K., eds. (1996), Theories of Theories of Mind, Cambridge: Cambridge University Press.

De Jaegher, H. (2013), Embodiment and Sense-Making in Autism, Frontiers in Integrative Neuroscience, 7:15.

Fuchs, T. (2010), Subjectivity and Intersubjectivity in Psychiatric Diagnosis, Psychopathology, 43:268-274.

Fuchs, T. (2013), Depression, Intercorporeality, and Interaffectivity, Journal of Consciousness Studies, 20:219-238.

Fuchs, T. (2015), Pathologies of Intersubjectivity in Autism and Schizophrenia, Journal of Consciousness Studies, 22:191-214.

Gadamer, H.-G. (1976), Philosophical Hermeneutics, D. E. Linge, trans. Berkeley: University of California Press.

Gadamer, H.-G. (1989), Text and Interpretation, pp. 21-51. In Dialogue & Deconstruction: The Gadamer-Derrida Encounter. D. Michelfelder and R. E. Palmer, eds. D. J. Schmidt and R. E. Palmer, trans. Albany: State University of New York Press. Gada-

mer, H.-G., Gesammelte Werke, 7th edition. Tübingen: Mohr Siebeck (GW). Bd. 1: Hermeneutik I: Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen

Hermeneutik, 2010. Bd. 2: Hermeneutik II: Wahrheit und Methode. Ergänzungen, Register, 1993. Bd. 10: Hermeneutik im Rückblick, 1995.

Gadamer, H.-G. (2000), Subjectivity and intersubjectivity, subject and person, trans. Peter Adamson and David Vessey, Continental Philosophy Review, 33: 275-287.

Gadamer, H.-G. (2004), Truth and Method, 2nd edition. J. Weinsheimer and D. G. Marshall, trans. London: Continuum.

Gadamer, H.-G. (2006), The Incapacity for Conversation, D. Vessey and C.Blauwkamp, trans. Continental Philosophy Review, 39:351-359.

Gallagher, S. (2012), In Defense of Phenomenological Approaches to Social Cognition: Interacting with the Critics, Review of Philosophy and Psychology, 3:187-212.

Garrett, J. E. (1978), Hans-Georg Gadamer on "Fusion of Horizons," Man and World, 11: 392-400

Goldman, A. I. (2006), Simulating Minds, Oxford: Oxford University Press.

Gordon, R. M. (1986), Folk Psychology as Simulation, Mind and Language, 1:158-171.

Heal, J. (1996), Simulation and Cognitive Penetrability, Mind and Language, 11:44-67.

Hutto, D. D. (2013), Interpersonal Relating, pp. 240-257. In The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry. K. W. M. Fulford, M. Davies, R. Gipps, G. Graham, J. Sadler, G. Stanghellini, and T. Thornton, eds. Oxford: Oxford University Press.

Karp, D. A. (1996), Speaking of Sadness: Depression, Disconnection, and the Meanings of Illness, Oxford: Oxford University Press.

Lévinas, E. (1969), Totality and Infinity, A. Lingis, trans. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.

Mehmel, C. A. (2016), Possibility of Hermeneutic Conversation and Ethics, Theoria and Praxis, 4. https://theoriandpraxis.journals.yorku.ca/index.php/theoriandpraxis/article/view/39749.

Ratcliffe, M. (2012), Phenomenology as a Form of Empathy, Inquiry: An Interdisciplinary Journal of Philosophy, 55:473-495.

Ratcliffe, M. (2014a), The Phenomenology of Depression and the Nature of Empathy, Medicine, Health Care and Philosophy, 17:269-280.

Ratcliffe, M. (2014b), The Structure of Interpersonal Experience, pp. 221-238. In Phenomenology of Embodied Subjectivity. D. Moran and R. T. Jensen, eds. Dordrecht: Springer.

Ratcliffe, M. (2017), Empathy and Psychiatric Illness, pp.190-200. In Routledge Handbook of Philosophy of Empathy. H. Maiborn, ed. Abingdon: Routledge.

Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J., and Van Engeland, H. (2007), Theory of Mind in Schizophrenia: Meta-Analysis, British Journal of Psychiatry, 191:5-13.

Stanghellini. G. (2013), Philosophical Resources for the Psychiatric Interview, pp. 321-358. In The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry. K. W. M. Fulford,

M. Davies, R. Gipps, G. Graham, J. Sadler, G. Stanghellini, and T. Thornton, eds. Oxford: Oxford University Press.

Stein, E. (2008), Gesamtausgabe-Bd. 5: Zum Problem der Einführung, Freiburg im Breisgau: Herder.

Stern, D. (1991), A Philosophy for the Embedded Analyst, Contemporary Psychoanalysis, 27:51-80.

Stich, S. and Nichols, S. (2003), Mindreading, Oxford: Clarendon Press. Styron, W. (1990), Darkness Visible, London: Vintage. Taylor-Aiken, A. (2011), Relatedness and Alienation in Interpersonal Understanding: A Phenomenological Account, PhD thesis, Durham University.

Thompson, T. (1996), The Beast: A Journey through Depression, Harmondsworth: Penguin Books.

Varga, S. (2015), Naturalism, Interpretation and Mental Disorder, Oxford: Oxford University Press.

Veith, J. (2015), Gadamer and the Transmission of History, Bloomington: Indiana University Press.

Vilhauer, M. (2009), Beyond the "Fusion of Horizons": Gadamer's Notion of Understanding as "Play", Philosophy Today, 53:359-364.

Vilhauer, M. (2010), Gadamer's Ethics of Play, Lanham, MD: Lexington Books.

Zahavi, D. (2011), Empathy and Direct Social Perception: A Phenomenological Proposal Review of Philosophy and Psychology, 2:541-558.

أسئلة دراسية

1 - كيف يبدو امتلاك الاضطراب الذهني؟

2 - ما هو أفضل مصدر للمعلومات بشأن الاضطرابات الذهنية: تقارير الشخص الأول أم تقارير الشخص الثالث؟

3 - هل تفسيرات الشخص الأول للاضطرابات الذهنية موثوقة؟

4 - كيف يمكن للتبصّرات من الفينومينولوجيا أن تكون مفيدة في العلاجات السريرية للمريض؟

القسم الرابع

فلسفة العلم والطب النفسي

الفصل التاسع

فلسفة العلم، التصنيف الطبي النفسي، والـ DSM

جوناثان ي. تسو

المقدّمة

ما هو الغرض من تصنيف الاضطرابات الذهنية؟ متى يجب أن نعتبر نظام التصنيف الطبي النفسي ناجحاً؟ ما هو نوع المنهجية التي يجب أن يعتمدها نظام التصنيف الطبي النفسي؟ ما هي الفوائد المقترنة بالمقاربات الوصفية في مقابل المقاربات النظرية للتصنيف الطبي النفسي؟ هل يجب على الـ DSM تصنيف الأنواع الطبيعية؟ يعالج هذا الفصل هذه الأسئلة المتداخلة من خلال الفحص النقدي للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية (DSM)، الذي تمّ نشره بانتظام من قبل الجمعية الأمريكية للطب النفسي منذ عام 1952، ويُعدّ حالياً أكثر أنظمة التصنيف الطبي النفسي تأثيراً في الولايات المتحدة. على الرغم من عدم التوصّل إلى إجابات قاطعة على هذه الأسئلة، إلا أنّ تحليلي يهدف إلى توضيح بعض الاعتبارات الفلسفية المتضمَّنة في تقيم الـ DSM.

يركّز هذا الفصل على القضايا الفلسفية المعنية بالمنهجية الملائمة لتصنيف الاضطرابات الذهنية وما إذا كان يجب على الـ DSM تصنيف الأنواع الطبيعية. ثم يتابع على النحو التالي. بعد تقصّي موجز لتاريخ الـ DSM واعتماده على مقاربة وصفية بحتة في التصنيف في DSM-III (APA 1980)، يتم فحص أهداف الـ DSM (أي توجيه العلاج، تسهيل الأبحاث، تعزيز التواصل) باعتبارها نقطة مرجعية في تقييم الـ DSM. يمكن القول إنّ الـ DSM يُخفِق حالياً في تحقيق أهدافه الخاصة، يُعزى ذلك بسبب كبير إلى إخفاقه في توفير فئات تشخيصية

صالحة (أعني التعريفات التي ترتبط باضطرابات حقيقية في الطبيعة). وكحل محتمل لهذه المشكلة، تمّ اعتبار إمكانيات المقاربة السببية والنظرية للتصنيف الطبي النفسي بديلةً عن المقاربة الوصفية البحتة لـ DSM. وكمسألة فلسفية أساسية وعامة تتعلق بالتصنيف الطبي النفسي، فإنّ سؤال هل الـ DSM يُعدّ قادراً على تصنيف الأنواع الطبيعية سيتم استكشافه.

تاريخ موجز عن الـ DSM

قبل تناول الأسئلة الفلسفية المتعلقة بكيف يجب تصنيف الاضطرابات الذهنية، من المهم دراسة بعض العوامل التاريخية التي شكّلت الـ DSM. قبل نشر الـ DSM، تمّ نشر أول دليل معياري للتصنيف الطبي النفسي في الولايات المتحدة هو الدليل الإحصائي لأجل استخدامه من قبل المؤسسات المعنية بالجنون (الجمعية الأمريكية الطبية-النفسية واللجنة الوطنية للصحة العقلية 1918). كان الدليل الإحصائي هو الدليل التصنيفي المحدد للاضطرابات الذهنية خلال سنوات ما بين الحربين، وقد مرَّ بعشرة طبعات من عام 1918 إلى عام 1942. كان الهدف من هذا الدليل في المقام الأول جمع البيانات المؤسسية من بين المستشفيات العقلية للمرضى المقيمين وقد افترض ضمنياً أنّ الاضطرابات الذهنية هي اضطرابات بيولوجية (Grob 1991b). بعد الحرب العالمية الثانية، كان من الواضح أنّ الدليل الإحصائي لم يكن كافياً لاستيعاب أنواع المرضى الذين عالجهم الأطباء النفسيون العسكريون أثناء الحرب، والمشاكل النفسية الاجتماعية التي أظهرها المرضى في العيادات الخارجية، وافتراضات التحليل النفسي التي أصبحت مترسّخة بشكل متزايد في وقت مبكر من القرن العشرين في الطب النفسي (Horwitz 2015). وفّرت هذه القيود في الدليل الإحصائي دافعاً إلى نظام جديد للتصنيف الطبي النفسي.

صنّفت أول طبعتين لـ DSM (APA 1952, 1968) الاضطرابات الذهنية بطريقة نظرية وسببية. إذ تمّ تصنيف الاضطرابات الذهنية بطريقة نظرية بقدر ما

كانت الاضطرابات المدرجة في هذه الكتيبات مدعومة بقوة بواسطة نظرية سيغموند فرويد للتحليل النفسي، التي أكدت على وجود صراعات غير واعية تساهم في الاعتلال الذهني، وكذلك بواسطة مقاربة مسار-الحياة لأدولف ماير في الطب النفسي، التي أكدت على كيف أنّ الاعتلالات الذهنية هي ردود أفعال يختبرها الأفراد استجابةً لبيئاتهم (Horwitz 2015; cf. Cooprt & Blashfield 2016). وصنّف كل من DSM-I وDSM-II الاضطرابات بطريقة سببية بقدر ما كانت أسباب الاضطرابات مشاراً إليها غالباً في اسم الاضطراب أو في الصنف العام الذي يتم فيه تصنيف الاضطراب. كان التميز التصنيفي الأساسي في الطبعتين الأوليتين من الـ DSM قائماً على التمييز بين الاضطرابات ذات الأسباب البيولوجية والاضطرابات ذات الأسباب النفسية (Tsou 2011). في DSM-I، كان هذا التميز متحققاً في التميز التصنيفي العام بين "الاضطرابات المسبّبة بواسطة تدهورات في وظيفة النسيج الدماغي أو المقترنة بها" (APA 1952: 2) و"الاضطرابات ذات الأصل النفسي من دون سبب فيزيائي واضح أو تغيير تركيبي في الدماغ" (APA 1952: 5). أما في DSM-II، فتمَّ الحفاظ على هذا التمييز السببي العام تحت مصطلحات جديدة "متلازمات الدماغ العضوية" و"الاضطرابات الوظيفية" (APA 1968: 123).

شهدت الطبعة الثالثة للـ DSM (APA 1980) "ثورة" في التصنيف الطبي النفسي من خلال استعاضتها الصريحة عن المقاربة النظرية والسببية المعتمدة في DSM-I وDSM-II بالمقاربة الوصفية غير النظرية. في مقدّمة الـ DSM-III، تمّ وصف المقاربة الجديدة في التصنيف على النحو التالي:

> إنّ المقاربة المعتمدة في الـ DSM-III هي لانظرية فيما يتعلق بالمسببات... باستثناء تلك الاضطرابات التي يكون ذلك مثبتاً بشكل جيد فيها... يتمثل التسويغ الرئيسي للمقاربة اللانظرية عموماً في... أنّ إدراج النظريات السببية سيكون عَقبة أمام استخدام الدليل من قِبل الأطباء السريريين ذوي التوجهات النظرية المختلفة... لأنّ الـ DSM-III بشكل عام لانظري مع

علم المسببات، فهو يحاول وصف تمظهرات الاضطرابات الذهنية بشكل شامل، ونادراً ما يسعى إلى تفسير كيفية حدوث الاختلالات... يمكن أن يقال عن هذه المقاربة إنها "وصفية" من جهة أنّ تعريفات الاضطرابات تتألف بشكل عام من أوصاف للميزات السريرية للاضطرابات... بأدنى درجة من الاستدلال الضروري لوصف الميزات المميِّزة للاضطراب. (APA 1980: 7)

تَوضّحَ هذا الانتقال إلى المقاربة الوصفية البحتة في التصنيف بشكل أكبر من خلال إدخال ما بات معروفاً الآن بـ"المعايير التشخيصية" في الـ DSM-III، حيث يتعين على الأفراد استيفاء مجموعة من المعايير الضرورية والكافية (المعايير السلوكية بشكل رئيسي أو التي يمكن ملاحظتها من ناحية أخرى) لكي يتلقّوا تشخيص الـ DSM. كذلك أزال الـ DSM-III وما تلاه الإشارات إلى أسباب الاضطرابات وتم استبعاد الافتراضات النظرية (أي افتراضات التحليل النفسي) من لغة الكتيب. من وجهة نظر علمية، بشَّرَ الـ DSM-III بنجاح كبير لأنّ تقديمه للمعايير التشخيصية وفَّرَ فئات تشخيصية موثوقة يمكن لمختلف المستخدمين تطبيقها بشكل ثابت. كذلك كان الـ DSM-III ناجحاً في ضمان إمكانية استخدام الكتيب بشكل واسع بواسطة مهنيي الصحة العقلية المؤيدين لافتراضات نظرية متباينة. في هذا الصدد، لم يكن من قبيل الصدفة أنّ الـ DSM لم يُصبح مؤثراً ومترسّخاً على نحوٍ متزايد إلا بعد الـ DSM-III (Hacking 2013).

من وجهة نظر تاريخية، هنالك عدة عوامل مسؤولة عن تحوّل الـ DSM إلى المقاربة الوصفية اللانظرية في التصنيف. فعلى المستوى العام، كان أحد أهم العوامل هو الحالة المتدهورة، في السبعينات، لنهج التحليل النفسي في الطب النفسي، التي اعترت تعريفات الـ DSM-I وDSM-II. على الرغم من أنّ التحليل النفسي تمتع بفترة من الهيمنة في الولايات المتحدة من فترة ما بعد الحرب إلى أوائل الستينات (Grob 1991b; Hale 1995; Wilson 1993)، إلا أنه تمّ التشكيك بشكل متزايد في شرعيته العلمية بعد الستينات (على سبيل المثال، انظر

Foucault 1965; Szasz 1961). علاوة على ذلك، إنّ تقديم أول عقار مضاد للذهان في الخمسينات أدى إلى إبطال مأسسي كبير للمرضى الذهنيين مادامَ لم تعد هناك حاجة في أن يكون المرضى المعالجون محبوسين في المصحات وبإمكانهم العيش في البيئات المجتمعية (Grob 1991a, 1995). سلطّ الإبطال المأسسي للمرضى الذهنيين وتزايد استخدام العقاقير الدوائية في علاج الاضطرابات الذهنية (مثل، انفصام الشخصية، الاضطراب الثنائي القطبي، الاكتئاب) في الستينات والسبعينات الضوءَ على عجز طرق التحليل النفسي في علاج الاضطرابات الأكثر خطورة (Mayes & Horwitz 2005). ففي السبعينات، واجه الـ DSM أيضاً انتقاداً من طرف ثالث هو شركات التأمين، التي طالبت بالوضوح في التشخيص الطبي النفسي والمحاسبة على نتائج العلاج (Horwitz 2002: Ch. 3). في منتصف السبعينات، قطعت شركات التأمين مثل Blue Cross و Aetna الدعم المالي للعلاج النفسي، مشيرة إلى عدم الوضوح والاتساق في تشخيص الاضطرابات الذهنية (Wilson 1993). على هذا النحو، فشلت الفئات التشخيصية ذات الطابع التحليلي النفسي في الـ DSM-II في تلبية حاجة شركات التأمين (الطرف الثالث) إلى تشخيصات طبية نفسية واضحة ومعيارية.

وعلى مستوى أكثر تحديداً، كان العامل الأكثر حسماً في التحوّل إلى المقاربة الوصفية في التصنيف هو النظرة "الكريبلينية الجديدة" لفريق العمل المسؤول عن مراجعة DSM-III. ففي عام 1974، تم تعيين روبرت ل. سبيتزر ليكون مسؤولاً عن هذا الفريق واختار عدداً من الأفراد المتشابهين في التفكير - وكانت لديه معهم ولاءات مهنية وثيقة - للانضمام إلى فرقة العمل (Blashfield 1984). وعلى نحوٍ خاص، كان لدى سبيتزر علاقات وثيقة مع المجموعة البحثية بجامعة واشنطن في سانت لويس التي طوّرت "معايير فاينر": مجموعة من المعايير التشخيصية لخمسة عشر اضطراباً ذهنياً، التي عملت بشكل مؤثر كنماذج أولية للفئات التشخيصية لـ DSM-III (Feighner et al. 1972). تشاطرَ فريق عمل سبيتزر النظرة الكريبلينية الجديدة في التصنيف الطبي النفسي من خلال اتباعهم تقليد الطب النفسي المرتبط بـ إميل كريبلين، الذي دافع عن نظام الطب النفسي

البيولوجي الذي نافس التحليل النفسي الفرويدي في أوائل القرن العشرين. على الرغم من أنّ التحليل النفسي افترضَ أنّ الآليات النفسية تلعب دوراً رئيسياً في الاعتلال الذهني وأنّ الحدود بين الحالة الطبيعية وغير الطبيعية متصلة (تتراوح من العُصاب إلى الذهان)، إلا أنّ الكريبلينية الجديدة افترضت أنّ الاعتلالات الذهنية هي **أمراض بيولوجية منفصلة** وهنالك حدود واضحة بين الحالة الطبيعية والحالة المرَضية (Blashfield 1984; Klerman 1978; Wilson 1993). من منظور الكريبلينية الجديدة، كان من الضروري تمييز المعتل ذهنياً عن السليم عبر **فئات تشخيصية صالحة وموثوقة**. لقد حفّزت الرغبة في فئات تشخيصية صالحة تجريبياً الاعتقاد الكريبليني الجديد الذي مفاده أنّ الاضطرابات الذهنية يجب أن يتم تصنيفها على أساس أعراضها القابلة للملاحظة، وليس على أساس الاستنتاجات الفكرية المتعلقة بأسبابها. شكّل هذا الموقف المنهجي الأساس للمقاربة الوصفية المعتمدة في DSM-III. ومنذ نشر الـ DSM-III، بقيت المنهجية الكريبلينية الجديدة الوصفية مهيمنةً في الطبعات اللاحقة من الـ DSM.

أهداف الـ DSM

في مقدّمة الطبعة الرابعة من الـ DSM، يقف المرء أمام إحدى أكثر التصريحات وضوحاً وصراحةً بشأن أهداف الـ DSM:

> تتطلّب مصداقية الـ DSM-IV وفائدته التركيز على أغراضه التعليمية، والبحثية، والسريرية وأن يتم دعمه بواسطة أساس تجريبي شامل. **كانت أولويتنا القصوى توفير دليل مفيد في الممارسات السريرية.... وكان الهدف الإضافي تسهيل الأبحاث وتحسين التواصل بين الأطباء السريريين والباحثين.** كما ننبّه أيضاً إلى استخدام الـ DSM-IV في تحسين جمع المعلومات السريرية وكأداة تعليمية لتدريس علم النفس المرَضي. (APA 2000: xxiii، اللون الغامق ليس في الأصل؛ cf. APA 2013: xli)

كما هو مقترح هنا، إنّ الأهداف الرئيسية لـ DSM هي: (1) توفير دليل يمكن أن يرشد القرارات العلاجية، (2) تسهيل الأبحاث، (3) تحسين التواصل بين مهنيي الصحة العقلية. تمثل هذه الأهداف المذكورة بشكل صريح نقطة انطلاق معقولة لتقييم الـ DSM كدليل تصنيفي طبي نفسي.

ما مدى نجاح الـ DSM في تلبية هذه الأهداف الثلاثة لـ DSM؟ كما ذُكر سابقاً، ينص الـ DSM على أنّ هدفه الرئيسي تقديم دليل مفيد في السياقات العلاجية والسريرية. لسوء الحظ، هنالك أدلة على أنّ الـ DSM لا يُبلي بلاءً حسناً مع هذا الهدف المحدد. فعلى الرغم من أنّ الـ DSM كان ناجحاً في تقديم فئات تشخيصية موثوقة يمكن تطبيقها بشكل ثابت بواسطة الأطباء السريريين في سياقات علاجية مختلفة، إلا أنّ هنالك أدلة قليلة على أنّ الفئات التشخيصية الدقيقة لـ DSM مفيدةٌ بالفعل للأطباء السريريين في توجيه القرارات العلاجية. ففي السياقات السريرية، يُعدّ تشخيص الـ DSM ضرورياً للمرضى الذين يسعون للعلاج مقابل الخدمات. فقد دللت الأبحاث على أنّ الأطباء السريريين الذين يستخدمون الـ DSM يتعمدون بكثرة إعطاء تشخيصات غير دقيقة للمرضى؛ بمعنى إعطاء تشخيصات أقل حدّة لتجنّب الآثار الوخيمة للمسميات التشخيصية أو تقديم تشخيص بحيث يمكن للعملاء الحصول على تعويض مقابل خدمات العلاج (Kirk & Kutchins 1988, 1992: Ch. 9). كما وناقش آخرون الازدواجية المجتمعية التي يمرّ بها الأطباء السريريون (Brown 1987; Whooley 2010)، من جهة أنّ المطالب التي يُمليها الـ DSM على الأطباء السريريين تتعارض مع رغبتهم في ممارسة الاستقلالية المهنية الفردية في مساعدة الأفراد الباحثين عن العلاج. يؤدي هذا إلى مواقف يتفادى فيها الأطباء السريريون عن عَمد رموز الـ DSM المقدّمة في استمارات التأمين، أو يتفاوضون بشأن التشخيصات مع العملاء (Whooley 2010). هذه الأنواع من الممارسات لا ترقى إلى مستوى نموذج التشخيص-المعالجة المفترض ضمنياً في الـ DSM، المتمثل في أنّ الأطباء السريريين يُشخّصون المرضى من خلال فئات الـ DSM ويقدّمون خطّة العلاج على أساس هذا التشخيص. بالإضافة إلى التشخيصات الخاطئة

المتعمدة، هنالك صعوبة معروفة مع الـ DSM في الممارسة العملية تتمثل في ارتفاع حالات تشخيص الاعتلالات المشتركة (Kessler et al. 2005)، التي تقوّض الأساس المنطقي بأكمله لنموذج التشخيص-المعالجة. في الممارسات السريرية الفعلية، تتمثل إحدى أكثر أدوات الـ DSM فائدةً في شفرة "غير محدد بوجه آخر" (NOS) [not otherwise specified]، التي تُشير إلى أنّ المريض لا يستوفي بشكل دقيق أيٍ من الفئات التشخيصية للـ DSM، لكن يُسمح للأفراد بتلقّي تشخيص الـ DSM لأغراض التأمين الطبي (Hyman 2010). ومن هنا، في السياقات السريرية، يبدو أنّ الـ DSM يعمل كقيد تنفيذي، بدلاً من أن يكون دليلاً مفيداً للممارسة السريرية والقرارات العلاجية.

هنالك أيضاً أسباب للاعتقاد بأنّ الـ DSM ليس مفيداً على وجه الخصوص - وربما يشكّل عائقاً - في تسهيل الأبحاث حول الاضطرابات الذهنية. فـ الـ DSM وفئاته التشخيصية يُوجِّهون حالياً الأبحاث من خلال توفير تعريفات إجرائية للاضطرابات الذهنية، التي يستخدمها الباحثون لاختيار مجموعات متجانسة من المرضى لأجل الدراسة. على الرغم من أنّ هذه الاستراتيجية مفيدة لضمان أن يدرس الباحثون الذين يعملون في أماكن مختلفة الاضطرابات بطريقة موحّدة، إلا أنّ العيب الرئيسي في هذه الاستراتيجية البحثية ينشأ من حقيقة أنه في حين أنّ فئات الـ DSM موثوقة، إلا أنها تفتقر إلى الصحّة من جهة أننا لا نمتلك ضماناً ترتبط بموجبه الفئات التشخيصية لـ DSM باضطرابات ذهنية منفصلة في الواقع (Kendell 1989; Kendell & Jablensky 2003). يمثّل هذا موقفاً قد يعمل فيه الـ DSM على تجسيد الفئات المحددة إجرائياً التي لا تملك أي أساس في الواقع (Hyman 2010). أدى الإحباط بسبب عدم صحّة فئات الـ DSM إلى قيام المعهد الوطني للصحة العقلية بتطوير معايير النطاق البحثي (RDoC)، وهو نظام تصنيف طبي نفسي بديل مخصص أساساً للبحث في علم النفس المرَضي. كانت إحدى دوافع RDoC مواجهة مشكلة عدم توافق فئات الـ DSM بشكل جيد مع النتائج المنبثقة عن علم الوراثة، العلوم السلوكية، علم الأعصاب (Cuthbert & Insel 2013; Hyman 2007; Sanislow et al. 2010). تستند RDoC على

فكرة أنّ نقل البحث بعيداً عن التعريفات الإجرائية لـ DSM سيوفّر مقاربة أكثر نجاحاً في تحديد الفئات التشخيصية (أو البناءات) الصحيحة. بدلاً من دراسة علم النفس المرَضي من خلال التركيز على تعريفات محددة للاضطرابات الذهنية تقوم-على الأعراض ومقدَّمة بواسطة الـ DSM، تسعى RDoC إلى توجيه الأبحاث حول علم النفس المرَضي نحو بناءات أكثر عمومية (مثل، التهديد المحتمل، التعلم من خلال المكافأة، التحكّم الإدراكي) التي من المحتمل أنها تقبل التفسير عند مستويات منخفضة من التحليل (مثل، الجينات، الدارات العصبية، علم وظائف الأعضاء)، وبالتالي تعمل كأهداف واعدة على نحو أكبر من جهة التحقق من الصحّة مقارنة بتعريفات الـ DSM (Bluhm 2017; Tabb 2015).

على الرغم من الـ DSM غير ناجح بشكل كبير في توجيه العلاج السريري أو تسهيل البحث، إلا أنه بلا شك يعزّز التواصل بين مختلف المهنيين في مجال الصحة العقلية. يحقق الـ DSM هذا الهدف من خلال تقديمه لتعريفات إجرائية معيارية للاضطرابات الذهنية، التي يمكن استخدامها في مجموعة متنوعة من السياقات المختلفة، بما في ذلك السياقات المتعلقة بالبحث والعلاج. وعلى نحوٍ متصل، يمكن أن تُستخدم تعريفات الـ DSM على نطاق واسع من قِبل مجموعة متنوعة من المستخدمين المختلفين نظراً لكون تعريفات الـ DSM لا تقدّم افتراضات نظرية أو ميتافيزيقية قوية عن طبيعة أو أسباب الاضطرابات الذهنية. وبالتالي، فإنّ الـ DSM يساعد على توحيد وتنسيق التواصل حول علم النفس المرَضي من خلال تقديمه لغةً مشتركة للحديث عن الاضطرابات الذهنية. على الرغم من أنّ هذه الفائدة لـ DSM لا ينبغي التقليل منها، إلا أنّ هذه المزية بحاجة إلى أن تتم موازنتها أمام الافتقار إلى الصحة أو الصلاحية في تعريفات الـ DSM. إذا لم تنجح فئات الـ DSM في تمييز [فردنة] الاضطرابات الحقيقية بطبيعتها، فقد لا تكون فائدة التواصل بلغة فئات الـ DSM فائدة جوهرية، بل عائقاً.

المقاربات النظرية مقابل المقاربات الوصفية

بالنظر إلى أهداف الـ DSM المنصوص عليها بشكل صريح (أي توجيه العلاج، تسهيل الأبحاث، تعزيز التواصل)، ما هي المنهجية الفعالة لتحقيق هذه الأهداف؟ كما أشرنا سابقاً، لقد فشلت المنهجية الكريبلينية الجديدة الوصفية التي اعتمدها الـ DSM منذ DSM-III في تحقيق أهداف الـ DSM بشكل مُرْضٍ، باستثناء تحسين التواصل بين مختلف المهنيين في مجال الصحة العقلية. إنّ فشل الـ DSM في تقديم دليل مفيد لإثراء القرارات العلاجية وتسهيل الأبحاث ينشأ بشكل كبير من عدم قدرة الـ DSM على تحديد الفئات التشخيصية الصحيحة.

جادل بعض فلاسفة العلم لصالح مقاربة نظرية وسببية في التصنيف الطبي النفسي. فقد جادل Carl Hempel (1965)، في تحليله الكلاسيكي للتصنيف الطبي النفسي، أنّ نظام التصنيف الجيد في الطب النفسي يجب ألا يقتصر فقط على الوصف الموثوق لموضوعات التصنيف، بل يجب أيضاً أن يُسهِّل الصياغة المتزامنة للنظريات والقوانين العلمية:

> عند السماح ببعض التبسيط المفرط، يمكن أن يقال في الغالب إنّ تطوير التخصص العلمي يبدأ من مرحلة "التاريخ الطبيعي" الأولية، التي تسعى في المقام الأول إلى وصف الظواهر قيد الدراسة وتأسيس تعميمات تجريبية بسيطة تُعنى بها، إلى مراحل لاحقة أكثر "نظرية"، يتم التركيز فيها بشكل متزايد على **تحقيق تفسيرات نظرية شاملة للموضوع التجريبي قيد التحقيق.** (Hempel 1965: 140، اللون الغامق ليس في الأصل)

وفقاً لهيمبل، تخدم المفاهيم التصنيفية لأنظمة التصنيف وظيفتين إبستميتين رئيسيتين: (1) الوصف و(2) التفسير. ففيما يتعلق بالوظيفة الوصفية للمفاهيم التصنيفية، يوصي هيمبل باستعمال التعاريف الإجرائية لتحديد بشكل موضوعي موضوعات التصنيف خاصتها. على الرغم من أنّ هيمبل قد وافق على إدخال الـ

DSM للتعريفات الإجرائية في DSM-III، إلا أنه يُصرّ كذلك على أنه لكي يحقق نظام التصنيف وضعاً علمياً حقيقياً، يجب عليه أن ينتقل إلى ما وراء هذه المرحلة الوصفية إلى مراحل نظرية على نحوٍ متزايد. وفيما يتعلق بالوظيفة التفسيرية للمفاهيم التصنيفية، يوصي هيمبل بوجوب وقوع المفاهيم داخل إطار نظري أوسع يوفّر طريقة منهجية لتنظيم الفئات الفرعية لذلك النظام. لهذا الغرض، يوصي Hempel (1965) بصياغة المبادئ النظرية والقوانين العامة:

> **لكي يكون المفهوم مفيداً علمياً، يجب أن يساعد بنفسه في صياغة المبادئ النظرية أو القوانين العامة التي تعكس التماثل في الموضوع قيد الدراسة، والتي توفر بذلك أساساً للتفسير، والتنبؤ، والفهم العلمي بشكل عام.** (146، اللون الغامق ليس في الأصل)

يجادل هيمبل بأنّ أنظمة التصنيف الطبية النفسية يجب أن تصل إلى المرحلة النظرية لأنّ هذا سيضمن أنّ تكون مفاهيمها التصنيفية تفسيرية وتنبؤية. فمن منظور هيمبل، إذا كان نظام التصنيف يوفّر استنتاجات محتملة (أي استنتاجات موثوقة) حول موضوعات التصنيف خاصته (مثل، استنتاجات تتعلق بالتنبؤ بالاضطراب، أو أي التدخّلات العلاجية يمكن أن تكون ناجحة)، فإنّ مفاهيمه يجب أن تقترن بقوانين أو نظريات علمية (مثل، النظريات الفيسيولوجية أو التحليلية النفسية)، التي تقدّم فرضيات واضحة فيما يتعلق بأسباب الاضطرابات.

في الآونة الأخيرة، جادل كل من Dominic Murphy (2006) وJonathan Tsou (2015, 2016) بأنّ المقاربة النظرية والسببية في التصنيف الطبي النفسي القائمة على الطب النفسي البيولوجي يمكن أن تقدّم منهجاً واعداً لتصنيف الاضطرابات الذهنية على نحوٍ أكبر من المقاربة الوصفية المفضّلة حالياً من قِبل الـ DSM. تجادل Murphy (2006) بأنّ النظام الوصفي البحتْ لـ DSM في التصنيف غير متسق في تطبيقه للنموذج الطبي. على الرغم من أنّ الـ DSM

يفترض بشكل ضمني أنّ الاضطرابات الذهنية هي كيانات (مَرضية) مميزة تعكس اختلافات سببية كامنة، إلا أنه يمنع الإشارة إلى العمليات السببية والاختلالات الوظيفية التي تميّزها. لذلك، فإنّ المقاربة الوصفية البحتة لـ DSM في التصنيف توفر منهجاً فقيراً (غير متماسك) لتمييز الاضطرابات الذهنية التي يُفترض أنها أمراض مميزة سببياً. تؤكد ميرفي أيضاً أنّ مقاربة الـ DSM القائمة-على الأعراض في التصنيف تُخفق في تمييز الحالات المتنوعة لأنّ فئات الـ DSM تجمع معاً أشكالاً مختلفة من الأعراض كتمظهرات لنفس الاضطراب. وبدلاً من المقاربة الكريبلينية الجديدة لـ DSM، تدعو ميرفي إلى مقاربة نظرية وسببية في التصنيف تُكمِّل الفئات الوصفية لـ DSM بمعلومات سببية تُعنى بمحددات الأعراض المختلفة. كما تقول ميرفي (2006)، "من خلال صياغة التفسيرات السببية... نأمل أننا سنكون في النهاية قادرين على التمييز بشكل أكثر دقة بين الحالات التي يتم حالياً جمعها سوية بواسطة الفئات الضبابية لـ DSM، من خلال تمييز المتلازمات على أساس علم الأسباب وعلم الأمراض" (349-350). وبالمثل، يجادل Tsou (2015, 2016) بأنّ أحد العُجُوزات الرئيسية للمقاربة الوصفية لـ DSM هي أنها تُخفق في تهيئة أنظمة تصنيف قابلة للاختبار والتنقيح وأنّ الـ DSM عمِل على تجسيد وترسيخ أنواعا مصطنعة من الاضطرابات الذهنية (مثل، اضطراب الشخصية التمثيلي). إذا كان الـ DSM يهدف إلى تصنيف الأنواع الحادثة طبيعياً من الاضطرابات الذهنية (أي الأنواع الطبيعية)، فإنّ تسو (2015، 2016) يجادل بأنّ الفئات التشخيصية يجب أن تدمج المعلومات السببية بحيث إنّ المعايير الإجرائية المستخدمة في تعريف الاضطرابات الذهنية تقترن (أو يُفترض أنها تقترن) بـ آليات بيولوجية قابلة للتحديد (مثل، الآليات البيولوجية العصبية). يجادل تسو بأنه، مقارنة بالمقاربة الوصفية لـ DSM، ستوفّر المقاربة النظرية والسببية منهجية متفوقة وأكثر شفافية لتحديد الفئات التشخيصية الصحيحة واستيفاء أهداف الـ DSM (خاصةً هدفيّ توجيه العلاج وتسهيل الأبحاث).

لقد أدّت خيبة الأمل التي رافقت فشل الـ DSM في تحديد الفئات التشخيصية الصحيحة ببعض الباحثين في مجال الصحة العقلية إلى تأييد المقاربة النظرية في التصنيف الطبي النفسي. قبل نشر DSM-5، أشار بعض أعضاء فريق عمل الـ DSM-5 - بقيادة ديفيد جيّ. كوبفر - إلى أنّ DSM-5 سيُحدِث تحوّلاً نحوَ المقاربة النظرية في التصنيف المأخوذة من علوم كعِلم الوراثة، علم الأعصاب، العلوم المعرفية (انظر، مثلاً، Kupfer, First, and Hyman 2007؛ Regier 2002؛ Kupfer, Kuhl, and Regier 2013؛ Kupfer & Regier 2011؛ Regier 2008؛ Regier et al. 2009). فعلى سبيل المثال، ناقش كل من Kupfer, First, & Regier (2002) "الحاجة إلى استكشاف إمكانية التغييرات الأساسية في نموذج التشخيص الكريبليني الجديد" (xviii) وإمكانية الـ DSM-5 قيادة التحوّل-في البارادايم نحو مقاربة نظرية في التصنيف الطبي النفسي:

> لقد أُثيرت مخاوف... من أنّ التبني الأعمى للباحثين لتعريفات الـ DSM-IV قد يعرقل البحث في مسببات الاضطرابات الذهنية. فالقليل شكّكَ في قيمة امتلاك نظام تشخيص موصوف بشكل جيد، وإجرائي على نحوٍ جيد، ومقبول عالمياً لتسهيل المقارنات التشخيصية عبر الدراسات ولتحسين موثوقية التشخيص. على أية حال، إنّ تجسيد كيانات الـ DSM-IV، إلى درجة اعتبارها مكافئة للأمراض، يُبهم على الأرجح أكثر مما يوضّح نتائج الأبحاث.
>
> تشير جميع هذه القيود في النموذج التشخيصي الكريبليني الجديد الحالي إلى أنّ الأبحاث التي ركّزت بشكل حصري على تنقية المتلازمات المحددة بواسطة الـ DSM قد لا تنجح أبداً في الكشف عن مسبباتها الكامنة. لكي يحدث ذلك، قد يلزم حدوث تحوّل بارادايمي غير معروف حتى الآن. لذلك، هنالك هدف مهم آخر... هو تجاوز قيود نموذج الـ DSM الحالي وتشجيع الأجندة البحثية التي تتجاوز طرق تفكيرنا الحالية إلى السعي إلى دمج المعلومات من مجموعة واسعة من المصادر والتقنيات. (xix) كان النشر النهائي لـ DSM-5 (APA 2013) مخيباً للآمال بالنسبة لأولئك الذين

يأملون في مرجعات لنِسب التحوّل-في البارادايم؛ فالفرق المنهجي القابل للتمييز والرئيسي في DSM-5 مقارنة مع سابقاتها هو زيادة استعمال التدابير البُعدية.

كما ناقشنا سابقاً، أدّى كذلك الفشل المتكرر لـ DSM في تحديد الفئات التشخيصية الصحيحة إلى رفض تقديم المعهد الوطني للصحة العقلية مشروع RDoC، الذي يدعم مقاربة نظرية صريحة في التصنيف الطبي النفسي والذي يهدف أساساً إلى تسهيل الأبحاث في علم النفس المرَضي (Casey et al. 2013; Cuthbert 2014; Cuthbert & Insel 2013; Insel et al. 2010). إنّ جزء كبير من مشروع RDoC هو مصفوفة RDoC (Morris & Cuthbert 2012: 31)، التي تسعى إلى تنظيم وتسهيل أبحاث علم النفس المرَضي من خلال تمييز سبع وحدات من التحليل (أي، الجينات، الجزيئات، الخلايا، الدارات، علم وظائف الأعضاء، السلوك، التقرير-الذاتي، والبارادايمات) وخمسة مجالات بحثية (أي، الأنظمة الانفعالية للتكافؤ السلبي، الأنظمة الانفعالية للتكافؤ الإيجابي، العمليات المجتمعية، الأنظمة المعرفية، الأنظمة المنظِّمة للإثارة). تقدِّم مصفوفة RDoC نظاماً تصنيفياً بديلاً عن الـ DSM للأغراض البحثية، يستند على فكرة أنّ الأبحاث المؤطرة بشكل حصري من خلال فئات الـ DSM غير كافية لصياغة فئات تشخيصية صحيحة (Cuthbert & Insel 2013; Insel et al. 2010).

على الرغم من هذه الحجج المختلفة للمقاربة النظرية والسببية في التصنيف الطبي النفسي من قِبل فلاسفة العلم والباحثين الممارسين في مجال الصحة العقلية، دعمَ الـ DSM مقاربته الكريبلينية الجديدة، الوصفية البحتة في التصنيف. حيث أكد مؤيدو المقاربة الوصفية لـ DSM على الحاجة إلى التحفّظ عند تنقيح الـ DSM (Frances 2009; Frances & Widiger 2012)؛ في حين أكّد آخرون على أنّ الـ DSM غير مستعد لإجراء تغييرات ثورية شاملة في منهجيته (Kendler & First 2010).

هل يمكن لـ DSM تصنيف الأنواع الطبيعية؟

لقد جادل بعض المعلقين على التصنيف الطبي النفسي بأنّ الأهداف المناسبة للتصنيف الطبي النفسي هي الأنواع الطبيعية؛ أي فئات الاضطرابات الذهنية التي لها أساس طبيعي مشترك (e.g., Tsou 2016). في فلسفة العلم، الأنواع الطبيعية (مثل، H_2O، الالكترونات، الكواركات) يتم فهمها على أنها فئات أو مجموعات تتطابق بشكل دقيق مع البِنى الطبيعية للعالم، في حين أنّ الأنواع المصطنعة (مثل، الكراسي، الكتب، الألعاب) هي فئات تعكس أفعال البشر واهتماماتهم (Bird & Tobin 2017). من هنا، يُعتقد بأنّ الأنواع الطبيعية هي فئات تحدث بشكل طبيعي ("حقيقية") وهي الأهداف المناسبة للدراسات العلمية؛ أما الأنواع المصطنعة فهي فئات اعتباطية أو مخترعة قد تؤدي بعض الوظائف المجتمعية، لكنها لا تمتلك أساساً طبيعياً. وقد قدّم عدد من فلاسفة العلم أسباباً للاعتقاد بأنّ الـ DSM غير قادر على تصنيف الأنواع الطبيعية.

على الرغم من عدم وجود اتفاق حول ما هي الأنواع الطبيعية في الطب النفسي (انظر، مثلاً، Beebee & Sabbarton-Leary 2010؛ Cooper 2005, 2007؛ Haslam 2002؛ Kendler, Zachar, & Craver 2011؛ Kincaid & Sullivan 2014؛ Samuels 2009؛ Tsou 2013, 2016؛ Zachar 2000)، إلا أنّ الاضطرابات الذهنية التي هي أنواع طبيعية عامةً ما يتم تصويرها على أنها أصناف لسلوك غير عادي لها أساس طبيعي واضح (في مقابل الأساس المصطنع). ففيما يتعلق بتصنيفات العلوم البشرية، تشير بعض التصنيفات (مثل، "الانطواء"، "لمفومة هودغكن"، "متلازمة داون") إلى الأنواع الطبيعية طالما يمكن تحديد هذه الأصناف بالإشارة إلى مجموعة من الخصائص الطبيعية (أي البيولوجية)؛ وتشير الاصناف الأخرى (مثل "الأرامل"، "الليبراليون"، "رجال الشرطة") إلى الأنواع المصطنعة طالما يتم تحديد هذه الأصناف بشكل حصري من خلال مجموعة من الخصائص المحددة بشكل اتفاقي (أي مجتمعي). على الرغم من أنّ معظم الاضطرابات الذهنية المدرجة في الـ DSM تتضمن جوانباً اتفاقية، إلا أنه من

المعقول أن نفترض أنّ بعضها "أكثر طبيعية" طالما يمكن تمييز [فردنة] هذه الأصناف - إلى حد كبير - بالإشارة إلى مجموعة من الخصائص الطبيعية. على سبيل المثال، يمكن تحديد أشكال الفصام التي تتضمن عناصر ذُهانية (أي أوهام وهلوسات سمعية) بالإشارة إلى العمليات البيولوجية العصبية المختلّة وظيفياً والقابلة للتحديد، مثل نشاط الدوبامين المفرط في المسار الحوفي المتوسط [mesolimbic pathway] (انظر Tsou 2012).

إنّ الهدف الضمني لـ DSM منذ إصدار الـ DSM-III هو أنّ الكتيب يجب أن يُصنّف الاضطرابات الذهنية التي تكون أنواعاً طبيعية. قبل نشر الـ DSM-III، خططَ مؤلفو الـ DSM-III لإدراج بيان في الكتيب يشير إلى أنّ الاضطرابات الذهنية المدرجة في الـ DSM هي "مجموعات فرعية عن الحالات الطبية" (Spitzer & Endicott 1978; Spitzer, Sheehy, & Endicott 1977)، مما يُشير إلى أنّ الـ DSM يهدف إلى تصنيف الأنواع الطبيعية (أي الأشكال المَرَضية التي تحدث بشكل طبيعي). على أية حال، لم يتم تضمين هذا البيان في النهاية في الـ DSM-III بسبب اعتراضات من علماء النفس، والباحثين الاجتماعيين، والمستشارين، الذين اعتبروا هذا البيان بمثابة إعلان أنّ الأطباء النفسيين الحاصلين على تدريب طبي هم وحدهم المسؤولون عن علاج الاضطرابات الذهنية (Mayes & Horwitz 2005). يشير كذلك التعريف العام للاضطراب الذهني المقدّم في الـ DSM-5 إلى أنّ الـ DSM يهدف إلى تصنيف الأنواع الطبيعية: "الاضطراب الذهني هو متلازمة تتصف باختلال سريري ملحوظ في إدراك الفرد، أو تنظيم انفعاله، أو سلوكه **الذي يعكس وجود خلل وظيفي في العمليات النفسية، أو البيولوجية، أو التنموية التي تكمن وراء الأداء الذهني**" (APA 2013: 20، اللون الغامق ليس في الأصل؛ cf. APA 2000: xxxi). يشير هذا التعريف إلى أنّ الاضطرابات الذهنية المصنّفة بواسطة الـ DSM هي أنواع طبيعية طالما كانت تنتج عن خلل وظيفي في بعض العمليات الطبيعانية (أي النفسية، أو البيولوجية، أو التنموية). على نحوٍ ملحوظ، يتم استبعاد أصناف السلوك غير العادي التي تنحرف عن المعايير الاجتماعية فقط - في مقابل المعايير الطبيعانية - بشكل

صريح من هذا التعريف للاضطراب الذهني (APA 2013: 20).

قدّم Ian Hacking حجة مؤثرة للاعتقاد بأنّ الـ DSM لا يمكنه تصنيف الأنواع الطبيعية. حيث جادل Hacking (1999) بأنه - على عكس موضوعات التصنيف المستقرة في العلوم الطبيعية (مثل، الإلكترون، الكواركات) - تُعدّ موضوعات التصنيف في الطب النفسي (والعلوم الإنسانية بشكل أعم) غير مستقرة بطبيعتها بسبب "التأثيرات الحَلَقية [العائدة]" لتصنيفات الطب النفسي. التأثيرات الحلقية هي عبارة عن تأثيرات ارتجاعية مجتمعية لتصنيفات العلوم الإنسانية، حيث يتغيّر الأفراد الذين تمّ تصنيفهم استجابةً إلى كيفية تصنيفهم، على سبيل المثال، الأطفال الذين تمّ تشخيصهم باضطراب فرط الحركة ونقصان الانتباه (ADHD) يتصرفون وفقاً للقوالب النمطية المقترنة بهذه التسمية (Hacking 1995). وفقاً لهاكنغ، تُعدّ التأثيرات الحلقية خاصةً بتصنيفات العلوم الإنسانية لأنّ موضوعات التصنيف في العلوم الإنسانية (بخلاف موضوعات التصنيف في العلوم الطبيعية) تكون على دراية بكيفية تصنيفها وستتغير استجابةً لكيفية تصنيفها. يكتب Hacking (2007):

> نحن نفكر في... أنواعٍ من الأشخاص (مثل، الأشخاص الذين يعانون من السمنة المفرطة أو الفقراء) ... كأصناف محددة تحددها خصائص محددة... لكنّ الأمر ليس كذلك. فهُم أهداف متحركة لأنّ تحقيقاتنا تتفاعل مع نفس الأهداف، وتغيرها. وبما أنهم تغيروا، فهُم ليسوا نفس النوع من الأشخاص كما كانوا من قبل. إذ الهدف تحرّك. هذا هو التأثير الحَلَقي. (293)

وفقاً لهاكنغ، تتفاعل موضوعات التصنيف في الطب النفسي (مثل، الأشخاص المكتئبين، الأطفال المصابين بالتوحّد) بشكل مستمر وتتغيّر استجابةً إلى كيفية تصنيفها مما يجعل تصنيفات هذه الأنواع من الأشخاص بحاجة إلى مراجعة مستمرة لتستوعب هذه التغييرات، التي ستُسبِّب بدورها مزيداً من التغييرات في الأشخاص المصنفين على هذا النحو. وهذا يجسّد المعنى الذي

يريد هاكينغ أن يُشير فيه إلى أنّ موضوعات التصنيف (أي أنواع الأشخاص) في الطب النفسي والعلوم الإنسانية هي "أهداف متحركة" بسبب التأثيرات الحَلَقية.

لقد اعترض عدد من المحللين على استنتاج هاكينغ الذي مفاده أنّ موضوعات التصنيف في العلوم الإنسانية ليست أنواعاً طبيعية بسبب التأثيرات الحلقية (Cooper 2004; Tsou 2007; cf. Tekin 2014, 2016). حيث تجادل Rachel Cooper (2004) بأنّ هاكينغ أخفق في إثبات أنّ الموضوعات المصنّفة في العلوم الإنسانية تختلف بشكل كاف عن موضوعات التصنيف في العلوم الطبيعية. على الرغم من أنّ كوبر تُسلِّم بوجود التأثيرات الحلقية، إلا أنها تجادل بأنّ التغييرات التي تُنتِجها التأثيرات الحلقية في موضوعات التصنيف في العلوم الإنسانية ليست ذات أهمية ميتافيزيقية أكبر من التغييرات التي تُنتِجها الأنواع الأخرى من التأثيرات الارتجاعية في بعض موضوعات التصنيف في العلوم الطبيعية. على سبيل المثال، بسبب الممارسات التصنيفية، يمكن أن تتغير السمات النمطية الظاهرية للحيوانات المنزلية بسبب الطرق التي تربّت بها بشكل انتقائي، أو بسبب استخدام المضادات الحيوية التي يمكن أن تُسبِّب طفرات في البكتيريا (Bogen 1988; Khalidi 2010). من هنا، تخلص كوبر إلى أنه على الرغم من أنّ التأثيرات الحلقية قد تكون [خصيصة] فريدة في تصنيفات العلوم الإنسانية، إلا أنه لا ينبغي أن تدفعنا إلى الاعتقاد بأنّ الموضوعات المصنّفة في العلوم الإنسانية مختلفة بشكل كبير عن الموضوعات المصنّفة في العلوم الطبيعية فيما يتعلق باستقرار هذه الأنواع لكل منهما. ومن منظور مختلف، يجادل Tsou (2007) بأنّ استدلال هاكينغ من وجود تأثيرات حلقية إلى عدم ثبات موضوعات التصنيف في الطب النفسي هو استدلال غير شرعي. يُسلّم تسو بالوجود المزعوم للتأثيرات الحلقية، لكنه يرفض أنّ مجرّد وجود التأثيرات الحلقية سيجعل موضوعات التصنيف غير ثابتة بشكل حتمي وفق الطريقة التي اقترحها هاكينغ. فعلى سبيل المثال، على الرغم من أنّ خبرات وسلوك الفرد الذي تمّ تشخيصه بالاكتئاب ستتغيّر حتماً بواسطة طريقة تصنيفه أو تصنيفها، إلا أنّ هذه التغييرات لن تتطلّب بالضرورة تنقيحات في تصنيف الاكتئاب أو تغييرات فيما يعنيه الكون

مكتئباً سريرياً. وعليه، مادام يمكن تحديد الاكتئاب - إلى حد كبير - من خلال مجموعة ثابتة من الخصائص البيولوجية (مثل، نقصان نشاط السيروتونين) التي تحدد مجموعةً نمطية من الحالات الانفعالية غير العادية (مثل، مشاعر الحزن، فقدان السرور)، فإنّ الاكتئاب نوعٌ طبيعيٌ يبقى ثابتاً بالرغم من التأثيرات الحلقية لتصنيف الاكتئاب (Tsou 2013).

قدّمت Cooper (2005) حجة مختلفة نوعاً ما للاعتقاد بأنّ الـ DSM غير قادر على تصنيف الأنواع الطبيعية. تشير كوبر إلى أنّ الـ DSM ليس له وجود في الفراغ التاريخي والاجتماعي وأنّ الـ DSM تمّ تشكيله بقوة بواسطة القوى الاجتماعية. من هذا المنظور، تجادل كوبر بأنّ هدف الـ DSM في تصنيف الأنواع الطبيعية أعاقته العوامل الاجتماعية والمالية من الصناعات الدوائية والطبية. ففيما يتعلق بالصناعة الدوائية، تلفت كوبر الانتباه إلى الطريقة التي تَشكَّلَ بواسطتها الـ DSM من خلال تسويق علاجات دوائية معينة. فعلى سبيل المثال، تمّ إثبات بعض الاضطرابات الذهنية (مثل، اضطراب الهلع، الرُهاب الاجتماعي) من خلال حملات التسويق التي كانت تهدف إلى إظهار أنه يمكن علاجها بشكل ناجح بواسطة عقاقير معينة. وبالمثل، تقترح أنّ التسويق الملائم لبعض الاضطرابات الذهنية (مثل، اضطراب فرط الحركة ونقصان الانتباه) من جانب شركات الأدوية يمكن أن يعمل على زيادة أهمية (وانتشار) الحالة، مما يساعد على تأسيس شرعيته كاضطراب ذهني. تؤكد كوبر على أنّ صنعة التأمين الطبي تمثّل عائقاً أكبر في تصنيف الأنواع الطبيعية. ينشأ التأثير السائد لهذه الصنعة من الدور الذي يلعبه الـ DSM في سداد التأمين الطبي. ففي أواخر الستينات، اشترطت شركات التأمين الطبي في الولايات المتحدة تشخيص الـ DSM للمرضى للحصول على تعويض مقابل علاج الصحة العقلية. وفقاً لكوبر، خلق هذا ضغوطاً جديدة على الـ DSM، مما أدّى إلى أن يتم تضمين اضطرابات جديدة (مثل، اضطراب الكرْب ما بعد الصدمة) في الـ DSM-III نتيجة ضغوطات من مجموعات معينة للحصول على تعويض مقابل العلاج (انظر Young 1995). وبسبب مثل هذه القيود المجتمعية على الـ DSM، خلُصت كوبر

إلى أنّ هدف الـ DSM في تصنيف الأنواع الطبيعية من غير المرجّح أن يتحقق في الممارسات العملية.

الختام: تقييم الـ DSM

ركّز هذا الفصل على مسألتين فلسفيتين تُعنيان بتصنيف الاضطرابات الذهنية: (1) هل يمكن أن تتفوّق المقاربة النظرية والسببية في التصنيف على المقاربة الوصفية البحْتة المفضّلة حالياً من قِبل الـ DSM و(2) هل يُعدّ الـ DSM قادراً على تصنيف الأنواع الطبيعية. فيما يتعلق بالمسالة الأولى، هنالك أسباب فلسفية جيدة للاعتقاد بأنّ الـ DSM يجب أن يتحوّل بعيداً عن موقفه الكريبليني-الجديد، الوصفي البحْت؛ ومع ذلك، هنالك أيضاً أسباب عملية قوية للحفاظ على منهجية المقاربة الوصفية البحْتة لـ DSM. وفيما يتعلق بالمسألة الثانية، يبدو أنّ مثالية الـ DSM لتصنيف الأنواع الطبيعية (وصياغة فئات تشخيصية صحيحة) مثالية فلسفية معقولة في التصنيف الطبي النفسي؛ ومع ذلك، هنالك أسباب عملية وفلسفية للاعتقاد بأنّ هذه المثالية قد تكون متعذّرة في الممارسة.

وبالعودة إلى المسألة الأعم المتمثلة في تقييم الـ DSM، يبدو أنّ الأهداف الصريحة لـ DSM المتمثلة في تقديم كتيب يمكن أن يوجّه العلاج ويسّهل الأبحاث ويحسّن التواصل هي أهدافٌ يمكن الدفاع عنها. على أية حال، كما جادلنا في هذا الفصل، إنّ الـ DSM يفشل حالياً في تحقيق هذه الأهداف بشكل ملحوظ، وهذا يمكن أن يعزى بشكل كبير إلى فشله في توفير فئات تشخيصية صحيحة. مما يُثير تساؤلاً عمّا إذا كانت أهداف الـ DSM يجب أن يتم تحديدها بشكل أضيق مما هي عليه حالياً، على سبيل المثال، توفير كتيب يكون غرضه الوحيد تحسين التواصل من خلال توفير نقطة مرجعية مشتركة تسمح بتبادل المعلومات ودمج التفسيرات بين مختلف المهنيين في مجال الصحة العقلية (Kutschenko 2011). ربما إحدى أكبر الصعوبات المتصلة بالـ DSM هي أنه صاغَ أهدافه على نطاق واسع جداً وأنّ حالته المهيمنة حالت دون الاهتمام الجاد

بأنظمة تصنيف طبية نفسية بديلة أكثر توجيهاً، على سبيل المثال، أنظمة تصنيف مصاغة للعلاج حصراً (Tsou 2015). كما ناقشنا في هذا الفصل، إنّ الشكل الحالي الذي يشغله الـ DSM - بما في ذلك أهدافه - قد نشأ عن عوامل تاريخية عرَضية. لذلك، ربما يكون الوقت قد حان لإعادة النظر في أهداف الـ DSM في ضوء وضعنا التاريخي الحالي والمشاكل المحددة التي يطرحها.

شكر وتقدير

اعتمد هذا الفصل على المواد التي تمّ تطويرها في Tsou (2011, 2015, 2016). أنا ممتن للغاية لروبن بلوم وسَريفي تيكن على تعليقاتهما واقتراحاتهما المفيدة.

References

American Medico-Psychological Association and National Committee for Mental Hygiene (1918), Statistical Manual for the Use of Institutions of the Insane, New York: American Medico-Psychological Association.

APA (1952), Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders, Washington, DC: American Psychiatric Association.

APA (1968), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition: DSM-II, Washington, DC: American Psychiatric Association.

APA (1980), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition: DSMIII, Washington, DC: American Psychiatric Association.

APA (2000), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Text Revision: DSM-IV-TR, Washington, DC: American Psychiatric Association.

APA (2013), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition: DSM5, Washington, DC: American Psychiatric Association.

Beebee, H. and Sabbarton-Leary, N. (2010), Are Psychiatric Kinds "Real"?, European Journal of Analytic Philosophy, 6:11-27.

Bird, A. and Tobin, E. (2017), Natural Kinds. In The Stanford Encyclopedia of Philosophy. E. N. Zalta, ed. Spring 2017 edition. URL=https://plato.stanford.edu/archives/spr2017/entries/natural-kinds/ Blashfield, R. K. (1984), The Classification of Psychopathology: Neo-Kraepelinian and Quantitative Approaches, New York: Plenum Press.

Bluhm, R. (2017), Evidence-Based Medicine, Biological Psychiatry, and the Role of Science in Medicine, pp. 37-58. In Extraordinary Science and Psychiatry: Responses to the Crisis in Mental Health Research. J. Poland and?. Tekin, eds. Cambridge, MA: MIT Press.

Bogen, J. (1988), Comments on "The Sociology of Knowledge about Child Abuse," Noûs, 22:65-66.

Brown, P. (1987), Diagnostic Conflict and Contradiction in Psychiatry, Journal of Health and Social Behavior, 28:37-50.

Casey, B. J., Craddock, N., Cuthbert, B. N., Hyman, S. E., Lee, F. S., and Ressler, K. J. (2013), DSM-5 and RDoC: Progress in Psychiatric Research?, Nature Reviews Neuroscience, 14:810-814.

Cooper, R. (2004), Why Hacking Is Wrong about Human Kinds, British Journal for the Philosophy of Science, 55:73-85.

Cooper, R. (2005), Classifying Madness: A Philosophical Examination of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Dordrecht: Springer.

Cooper, R. (2007), Psychiatry and Philosophy of Science, Montreal and Kingston: McGill-Queen's University Press.

Cooper, R. and Blashfield, R. K. (2016), Reevaluating the DSM-I, Psychological Medicine, 46:449-456.

Cuthbert, B. N. (2014), The RDoC Framework: Facilitating Transition from ICD/DSM to Dimensional Approaches That Integrate Neuroscience and Psychopathology, World Psychiatry, 13:28-35.Cuthbert, B. N. and Insel, T. R. (2013), Toward the Future of Psychiatric Diagnosis: The Seven Pillars of RDoC, BMC Medicine, 11:126.URL= http://www.biomedcentral. com/1741-7015/11/126.

Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Winokur, G., and Munoz, R. (1972), Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research, Archives of General Psychiatry, 26:57-63.

Foucault, M. (1965), Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason. R. Howard, trans. New York: Pantheon.

Frances, A. J. (2009), A Warning Sign on the Road to DSM-V: Beware of Its Unintended Consequences, Psychiatry Times, 26:1-4.

Frances, A. J. and Widiger, T. (2012), Psychiatric Diagnosis: Lessons from the DSMIV Past and Cautions for the DSM Future, Annual Review of Clinical Psychology, 8:109-130.

Grob, G. N. (1991a), From Asylums to Community: Mental Health Policy in Modern America, Princeton, NJ: Princeton University Press.

Grob, G. N. (1991b), Origins of DSM-I: A Study of Appearance and Reality, American Journal of Psychiatry, 148:421-431.

Grob, G. N. (1995), The Paradox of Deinstitutionalization, Society, 32:51-59.

Hacking, I. (1995), The Looping Effects of Human Kinds, pp. 351-383. In Causal Cognition: A Multidisciplinary Debate. D. Sperber, D. Premack, and A. J. Premack, eds. Oxford: Clarendon Press.

Hacking, I. (1999), Madness: Biological or Constructed?, pp. 100-124. In The Social Con-

struction of What?. I. Hacking, ed. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Hacking, I. (2007), Kinds of People: Moving Targets, Proceedings of the British Academy, 151:285-318.

Hacking, I. (2013), Lost in the Forest, London Review of Books, 35:7-8.

Hale, N. G.(1995), The Rise and Crisis of Psychoanalysis in America: Freud and the Americans, 1917-1985, Oxford: Oxford University Press.

Haslam, N. (2002), Kinds of Kinds: A Conceptual Taxonomy of Psychiatric Categories, Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 9:203-217.

Hempel, C. G. (1965), Fundamentals of Taxonomy, pp. 137-154. In Aspects of Scientific Explanation: And Other Essays in the Philosophy of Science. C. G. Hempel, ed. New York: The Free Press.

Horwitz, A. V. (2002), Creating Mental Illness, Chicago, IL: University of Chicago Press.

Horwitz, A. V. (2015), DSM-I and DSM-II, pp. 1-6. In The Encyclopedia of Clinical Psychology. R. I. Cautin and S. O. Lilienfeld, eds. URL= http://onlinelibrary.wiley. com/doi/10.1002/9781118625392.wbecp012/pdf.

Hyman, S. E. (2007), Can Neuroscience Be Integrated into the DSM-V?, Nature Reviews Neuroscience, 8:725-732.

Hyman, S. E. (2010), The Diagnosis of Mental Disorders: The Problem of Reification, Annual Review of Clinical Psychology, 6:155-179.Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., Sanislow, C., and Wang, P. (2010), Research Domain Criteria (RDoC): Toward a New Classification Framework for Research on Mental Disorders, American Journal of Psychiatry, 167:748-751.

Kendell, R. E. (1989), Clinical Validity, Psychological Medicine, 19:45-55.

Kendell, R. and Jablensky, A. (2003), Distinguishing between the Validity and Utility of Psychiatric Diagnoses, American Journal of Psychiatry, 160:4-12.

Kendler, K. S. and First, M. B. (2010), Alternative Futures for the DSM Revision Process: Iteration v. Paradigm Shift, British Journal of Psychiatry, 197:263-265.

Kendler, K. S., Zachar, P., and Craver, C. (2011), What Kinds of Things Are Psychiatric Disorders?, Psychological Medicine, 41:1143-1150.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., and Walters, E. E. (2005), Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication, Archives of General Psychiatry, 62:617-627.

Khalidi, M. A. (2010), Interactive Kinds, British Journal for the Philosophy of Science, 61:335-360.

Kincaid, H. and Sullivan, J. A., eds. (2014), Classifying Psychopathology: Mental Kinds and Natural Kinds, Cambridge, MA: MIT Press.

Kirk, S. A. and Kutchins, H. (1988), Deliberate Misdiagnosis in Mental Health Practice, Social Service Review, 62:225-237.

Kirk, S. A. and Kutchins, H. (1992), The Selling of DSM: The Rhetoric of Science in Psychiatry, New York: Aldine de Gruyter.

Klerman, G. L. (1978), The Evolution of a Scientific Nosology, pp. 99-121. In Schizophrenia: Science and Practice. J. C. Shershow, ed. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Kupfer, D. J., First, M. B., and Regier, D. A. (2002), Introduction, pp. xv-xxiii. In A Research Agenda for DSM-V, Washington, DC: American Psychiatric Association.

Kupfer, D. J., Kuhl, E. A., and Regier, D. A. (2013), DSM-5-The Future Arrived, Journal of the American Medical Association, 309:1691-1692.

Kupfer, D. J. and Regier, D. A. (2011), Neuroscience, Clinical Evidence, and the Future of Psychiatric Classification in DSM-5, American Journal of Psychiatry, 168:672- 674.

Kutschenko, L. K. (2011), How to Make Sense of Broadly Applied Medical Classification Systems: Introducing Epistemic Hubs, History and Philosophy of the Life Sciences, 33:583-602.

Mayes, R. and Horwitz, A. V. (2005), DSM-III and the Revolution in the Classification of Mental Illness, Journal of the Behavioral Sciences, 41:32-52.

Morris, S. E. and Cuthbert, B. N. (2012), Research Domain Criteria: Cognitive Systems, Neural Circuits, and Dimensions of Behavior, Dialogues in Clinical Neuroscience, 14:29-37.

Murphy, D. (2006), Psychiatry in the Scientific Image, Cambridge, MA: MIT Press.

Regier, D. A. (2008), Forward: Dimensional Approaches to Psychiatric Classification,

pp. xvii-xxiii. In Dimensional Approaches in Diagnostic Classification: Refining the Research Agenda for DSM-V. J. E. Helzer, H. C. Kraemer, R. F. Krueger, W. HansUlrich, P. J. Sirovatka, and D. A. Regier, eds. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Regier, D. A., Narrow, W. E., Kuhl, E. A., and Kupfer, D. J. (2009), The Conceptual Development of DSM-V, American Journal of Psychiatry, 166:645-650.

Samuels, R. (2009), Delusion as a Natural Kind, pp. 49-82. In Psychiatry as Cognitive Neuroscience: Philosophical Perspectives. M. R. Broome and L. Bortolotti, eds. Oxford: Oxford University Press.

Sanislow, C. A., Pine, D. S., Quinn, K. J., Kozak, M. J., Garvey, M. A., Heinssen, R. K., Wang, P. S., and Cuthbert, B. N. (2010), Developing Constructs for Psychopathology Research: Research Domain Criteria, Journal of Abnormal Psychology, 119:631-639.

Spitzer, R. L. and Endicott, J. (1978), Medical and Mental Disorder: Proposed Definition and Criteria, pp. 15-39. In Critical Issues in Psychiatric Diagnosis. R. L.

Spitzer and D. F. Klein, eds. New York: Raven Press.

Spitzer, R. L., Sheehy, M., and Endicott, J. (1977), DSM-III: Guiding Principles, pp. 1-24. In Psychiatric Diagnoses. V. M. Rakoff and H. B. Kedward, eds. New York: Brunner/ Mazel.

Szasz, T. S. (1961), The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct, New York: Paul B. Hoeber.

Tabb, K. (2015), Psychiatric Progress and the Assumption of Diagnostic Discrimination, Philosophy of Science, 82:1047-1058.

Tekin, S. (2014), The Missing Self in Hacking's Looping Effects, pp. 227-256. In Classifying Psychopathology: Mental Kinds and Natural Kinds. H. Kincaid and J. A. Sullivan, eds. Cambridge, MA: MIT Press.

Tekin, S. (2016), Are Mental Disorders Natural Kinds? A Plea for a New Approach to Intervention in Psychiatry, Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 23:147-163.

Tsou, J. Y. (2007), Hacking on the Looping Effects of Psychiatric Classifications: What Is an Interactive and Indifferent Kind?, International Studies in the Philosophy of Science, 21:329-344.

Tsou, J. Y. (2011), The Importance of History for Philosophy of Psychiatry: The Case of the DSM and Psychiatric Classification, Journal of the Philosophy of History, 5:446-470.

Tsou, J. Y. (2012), Intervention, Causal Reasoning, and the Neurobiology of Mental Disorders: Pharmacological Drugs as Experimental Instruments, Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences, 43:542-551.

Tsou, J. Y. (2013), Depression and Suicide Are Natural Kinds: Implications for Physician-Assisted Suicide, International Journal of Law and Psychiatry, 36:461-470.

Tsou, J. Y. (2015), DSM-5 and Psychiatry's Second Revolution: Descriptive vs. Theoretical Approaches to Psychiatric Classification, pp. 43-62. In The DSM-5 in Perspective: Philosophical Reflections on the Psychiatric Babel. S. Demazeux and P. Singy, eds. Dordrecht: Springer.

Tsou, J. Y. (2016), Natural Kinds, Psychiatric Classification, and the History of the DSM, History of Psychiatry, 27:406-424.Whooley, O. (2010), Diagnostic Ambivalence: Psychiatric Workarounds and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Sociology of Health & Illness, 32:452-469.

Wilson, M. (1993), DSM-III and the Transformation of American Psychiatry: A History, American Journal of Psychiatry, 150:399-410.

Young, A. (1995), The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder, Princeton, NJ: Princeton University Press.

Zachar, P. (2000), Psychiatric Disorders Are Not Natural Kinds, Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 7:167-182.

الفصل العاشر

المجازفات الاستقرائية والتصنيف الطبي النفسي

آرون كوستكو

تميل النقاشات حول دور القِيم في الطب النفسي إلى التركيز بشكل حصري تقريباً على دورها في تعريفات الاضطراب الذهني والتشخيص الطبي النفسي (Boorse 1976; Fulford 1989; Sadler 2005; Wakefield 1992). لكن في الآونة الأخيرة، بدأ فلاسفة الطب النفسي بالتركيز بشكل أكثر صراحة على دورها في التفسير الطبي النفسي (Campaner 2014; Kendler 2014; Van Bouwel 2014) وعلى التقاطع بين التصنيف والبحث الطبي النفسي (Cooper 2016; Frances 2013; Frances & Jones 2012; Ghaemi 2010, 2013; Wakefield 2010). هذا التحوّل في التركيز أثار أسئلة حول كيفية تحقيق التوازن بين الأهداف الإبستمية المختلفة للبحث الطبي النفسي، مثل بناء تصنيف صحيح للحالات الطبية النفسية، والأهداف غير الإبستمية التي تسعى إليها العديد من الأبحاث الطبية النفسية، مثل تخفيف الأضرار على المرضى. علاوة على ذلك، فقد أثار أيضاً أسئلة حول مدى تحمّل الباحثون في الطب النفسي المسؤولية الأخلاقية للنظر في العواقب غير الإبستمية المقترنة بأبحاثهم.

يدرس هذا الفصل مقاربتين واسعتين يمكن للمرء اتباعهما فيما يتعلق بهاتين المسألتين. المقاربة الأولى، ما أُسميه التصوّر الخالي-من القيمة للطب النفسي، وتدعو إلى عزل التصنيف والبحث الطبي النفسي عن تأثير القيم غير الإبستمية وإلى رؤية أدنى عن المسؤوليات الأخلاقية لباحثي الطب النفسي. المقاربة الثانية، ما أُسميه التصوّر المثقل-بالقيمة للطب النفسي، وتدعو إلى

إدراج القيم غير الإبستمية في قرارات التصنيف والبحث الطبي النفسي وإلى رؤية أوسع عن المسؤوليات الأخلاقية لباحثي الطب النفسي. سأُحدد الحجج الأساسية لكل مقاربة وأُقيّم نقاط ضعفهما وقوتهما. على الرغم من أنّ كل مقاربة لديها عقبات يجب أن تتغلّب عليها، إلا أنني أزعم أنه من غير الممكن عزل التصنيف والبحث الطبي النفسي بشكل تام عن تأثير القيم غير الإبستمية، لذلك، فإنّ باحثي الطب النفسي مسؤولون عن النظر في العواقب غير الإبستمية المقترنة بعملهم. سأبدأ بتلخيص الفرق بين القيم الإبستمية والقيم غير الإبستمية وكيف يمكن أن تتعارض في سياق الأبحاث الطبية النفسية وعند اتخاذ القرارات حول كيفية مراجعة الفئاتالتشخيصية. ومن ثمّ أُحدد وأُقيّم الحجج لكل من التصورين الخالي-من القيمة والمثقل-بالقيمة للطب النفسي، على التوالي.

التعارضات بين القيم الإبستمية والقيم غير الإبستمية

يوفر الفرق بين القيم الإبستمية وغير الإبستمية نقطة انطلاق طبيعية للتفكير في كيفية موازنة مختلف الأهداف الإبستمية وغير الإبستمية للبحث الطبي النفسي. يقدّم (2010) Daniel Steel إطاراً مفيداً للتفكير في الاختلافات بين هذين النوعين من القيم. فَوفقَ موقفه، إنّ القيم غير الإبستمية هي تلك القيم التي تهدف إلى تحقيق بعض المنافع العملية أو المعنوية أو الاجتماعية. تتضمن الأمثلة الشائعة لهذه المنافع تقليل الأضرار، العدالة، المساواة، احترام الاستقلالية، المنفعة المجتمعية، والمنافع الاقتصادية مثل خلق فُرص العمل أو الربح، والمنافع الشخصية كالمكانة والاعتراف. هنالك اجماع كبير على أنّ القيم مثل تقليل الأضرار، والعدالة، والمساواة، واحترام الاستقلالية، والمنفعة المجتمعية قد تلعب دوراً شرعياً أثناء السعي وراء الأهداف غير الإبستمية للطب النفسي، مثل تحديد أي الحالات الطبية النفسية التي تستدعي التحقيق، وأي البرامج البحثية التي ينبغي تمويلها، وأي المخططات البحثية المسموح بها أخلاقياً، وكيفية تطبيق نتائج الأبحاث لتطوير علاجات أكثر فعالية. عادة ما تُعتبر

مثل هذه الأهداف "خارجية" بالنسبة للأبحاث الطبية النفسية. على أية حال، كما ستتم مناقشته أدناه، هنالك القليل من التوافق حول ما إذا كان ينبغي – وإلى أي مدى – لهذه الأنواع من القيم أن تلعب دوراً فيما يمكن أن يشير إليها المرء باعتبارها الجوانب "الداخلية" للبحث الطبي النفسي، مثل القرارات المتعلقة بكيفية تأويل نتائج البحث أو قبول أو رفض فرضية ما.

أما القيم الإبستمية، من الناحية الأخرى، فهي تلك القيم التي تهدف إلى تعزيز بلوغ الصواب. تُعدّ بعض القيم، التي يُشير إليها ستيل باعتبارها قيماً إبستمية داخلية، ضروريةً لبلوغ الصواب أو تعزيزه بشكل مباشر. تتضمن الأمثلة على هذه القيم الكفاية التجريبية، والدقة التنبؤية، والاتساق الداخلي. تتمثل الفكرة في أنّ التفسير الذي لا يكفي تجريبياً، أو يُخفق في تقديم تنبؤات دقيقة، أو يناقض نفسه من غير المرجّح أن يكون صحيحاً. ولاستعمال مثال يرتبط على نحوٍ مباشر بالنقاش الحالي، فإنّ نظام التصنيف الذي لا يصف بشكل دقيق أعراض الحالة، أو يُخفق في تقديم تنبؤات قابلة للتعميم فيما يتعلق بالتشخيص، أو يؤدي إلى تشخيصات متناقضة من غير المرجّح أن يُقبل على أنه صحيح. أما القيم الأخرى، التي يُشير إليها ستيل بالقيم الإبستمية الخارجية، فتعزز بشكل غير مباشر بلوغ الصواب من خلال دعم أو تمكين تحقيق القيم الإبستمية الداخلية. تتضمن الأمثلة على القيم الإبستمية الخارجية إمكانية الاختبار، البساطة، التعميم، الاتساق الخارجي، وربما إمكانية التمويل. تتمثل الفكرة في أنّ التفسير أو التصنيف الذي يُخفق في تجسيد على الأقل بعضاً من هذه القيم من المرجّح أنه سيُخفِق في تحقيق القيم الإبستمية الداخلية، ولذلك، يفشل في تعزيز بلوغ الصواب. على الرغم من أنّ هنالك خلافاً حول أي القيم يجب أن تُعدّ قيماً إبستمية، وحول الطريقة الفضلى لتأويل كل قيمة، وحول الأهمية ذات الصلة الملقاة على كل قيمة، إلا أنّ هنالك إجماعاً واسعاً مفاده إنّ المرء يجب أن يحاول بشكل عام تحقيق القيم الإبستمية إلى أقصى حد عند السعي وراء الأهداف الإبستمية للطب النفسي، مثل بناء تصنيف صحيح للحالات الطبية

النفسية أو تحديد الآليات البيولوجية التي تكمن وراء الحالات الطبية النفسية.

رُغمَ هذا الإجماع، هنالك توافق أقل بشأن هل القيم غير الإبستمية يجب أن تؤثر على السعي وراء هذه الأهداف الإبستمية. فعلى سبيل المثال، إلى أي مدى يجب أن يأخذ بالحسبان باحثو الطب النفسي العواقب غير الإبستمية عند اقتراح مراجعات للمعايير أو الفئات التشخيصية؟ بما أنّ باحثي الطب النفسي غالباً ما سيمتلكون أدلة غير كافية لتحديد بشكل قاطع ما إذا كان يجب مراجعة المعيار أم الفئة التشخيصية، فإنّ أي مراجعة مقترحة ستتضمن بشكل حتمي احتمالية حدوث خطأ ما. يشير فلاسفة العلم إلى احتمالية الخطأ هذه على أنها مجازفة استقرائية. كان Hempel (1965) أول من قدّم المصطلح للإشارة بشكل عام إلى احتمالية الكون على خطأ عند قبول أو رفض الفرضيات العلمية. ومنذ ذلك الحين يتم استدعاء المصطلح لتسليط الضوء على المخاطر أو المجازفات في مجموعة واسعة من السياقات البحثية، كتنظيم مستويات الديوكسين [مادة كيميائية سامة] (Cranor 1993, 2006; Douglas 2000, 2009)، العدالة البيئية وتغيّر المناخ العالمي (Steel & Whyte 2012)، علم مستحاثات البشر (Elliott & Willmes 2013)، الطلاق (Anderson 2004)، واضطرابات الوعي (Johnson 2016).

في سياق الطب النفسي، يمكن أن تكون للمجازفات الاستقرائية المقترنة بالمراجعات التشخيصية عواقب غير إبستمية واسعة النطاق على مجموعة متنوعة من أصحاب المصلحة، خاصة المرضى. فعلى سبيل المثال، إذا استدل المرء من بحث لشخص ما على أنه من الأفضل جمع أو تجزئة فئة تشخيصية أو مراجعة المعايير التشخيصية لفئة محددة وكان ذلك الشخص مخطئاً، فحينئذ يجازف بزيادة التشخيصات الإيجابية الخاطئة أو السلبية الخاطئة. تحدث التشخيصات الإيجابية الخاطئة عندما يتم تشخيص المريض بأنه مصاب بحالة ما وهي غير متحققة فيه. وتحدث التشخيصات السلبية الخاطئة عندما يتم تشخيص المريض بعدم إصابته بالحالة وهي متحققة فيه في واقع الأمر. تُخاطِر الزيادة في التشخيصات الإيجابية الخاطئة "بتطبيب" مشاكل المعيشة العادية، ومعالجة

الأفراد بعلاجات باهظة ومحتملة الضرر، ووصم الأفراد الذين لا يعانون في الحقيقة من أي اضطراب. تمتد هذه المخاطر إلى ما وراء الأضرار المحتملة للفرد لتتضمن أضراراً محتملة على المجتمع من خلال زيادة تكلفة الرعاية الصحية. أما الزيادة في التشخيصات السلبية الخاطئة، من الناحية الأخرى، فتُخاطِر بإطالة معاناة الأفراد لأنهم لن يتلقّوا العلاجات المفيدة على نحوٍ محتمل. وكما هو الحال مع التشخيص-المبالغ فيه، فإنّ المخاطر المحتملة المرتبطة بالتشخيص-الناقص تمتد لتتجاوز ضرر الفرد. فتضاؤل إنتاجية العمل، اعتماداً على طبيعة الاضطراب، والتهديدات التي تهدد السلامة العامة ليست سوى بعض الأضرار المحتملة على المجتمع.

ولّدت هذه الأنواع من المخاوف مناقشات متعارضة قبل صدور الـ DSM-5. كانت هناك خلافات حول كيفية موازنة المخاطر ذات الصلة للتشخيصات الإيجابية والسلبية الخاطئة المقترنة بالمراجعات المقترحة للمعايير التشخيصية للعديد من الحالات الطبية النفسية، بما في ذلك اضطراب تشوّه الجسم [body dysmorphic disorder] (Phillips et al. 2010)، والخَطل الجنسي [paraphilia] (First & Frances 2008)، والاضطراب الثنائي القطب (Frances 2013; Frances & Jones 2012; Ghaemi 2010; Phelps & Ghaemi 2012)، واضطراب الكرْب ما بعد الصدمة (Frobes et al. 2011)، واضطراب الاكتئاب الرئيسي (Frances 2010)، واضطراب طيف التوحّد (Frances 2010)، وسط العديد من المخاطر الأخرى. يتعلّق أحد أبرز هذه النقاشات بإدراج أو استبعاد معايير اضطراب ثنائي القطب (Frances 2013; Frances & Jones 2012; Ghaemi 2010, 2013). فالاضطراب الثنائي القطب، الذي أصبح فئة تشخيصية رسمية في الـ DSM-III (APA 1980)، تمّ تقسيمه في الـ DSM-IV إلى ثنائي القطب I وثنائي القطب II (APA 1994). كان الأساس المنطقي لهذا التقسيم هو لكي نكون قادرين على تمييز بشكل موثوق الاختلافات الحقيقية في المرضى اعتماداً على شدة نوبات الهَوس. على أية حال، أدّى هذا القرار إلى تبهيت الخط الفاصل بين ثنائي القطب II، الذي يتم تحديده من خلال نوبات هَوسية أقل شدة

مقارنة بـ ثنائي القطب I، واضطراب الاكتئاب الرئيسي (Frances & Jones 2012). لقد سعت العديد من المراجعات المقترحة على المعايير التشخيصية لـ DSM-5 للثنائي القطب I وII إلى معالجة هذه المشكلة. إذ تطلّبت إحدى المراجعات غير المثيرة للجدل نسبياً وجود مستويات مرتفعة من الطاقة والنشاط بالإضافة إلى المزاج المرتفع للنوبات الهَوسية المقترنة بـ ثنائي القطب I والنوبات الهَوسية الخفيفة المقترنة بثنائي القطب II. أما المراجعتان الأخرويتان المقترحتان، فقد تمّ التدقيق فيهما بشدة. إذ سمحت أولى هاتين المراجعتين بتشخيص ثنائي القطب I و\أو ثنائي القطب II إذا ما كانت النوبات الهَوسية و\أو الهَوسية الخفيفة قد نتجت عن استخدام مضادات الاكتئاب. واقترحت المراجعة الثانية، التي لم تُقبل في النهاية، تقليل المدة المطلوبة حالياً للنوبة الهَوسية الخفيفة لثنائي القطب II من أربعة أيام إلى يومين.

هنالك عواقب غير إبستمية واضحة تقترن مع كل من هذه المراجعات. إذا كان وجود نوبة هَوسية خفيفة نتيجة مضادات الاكتئاب هو في الحقيقة علامة تشخيصية موثوقة على ثنائي القطب II، فإنّ هذه المراجعة تقلل من خطر التشخيصات الإيجابية الخاطئة لاضطراب الاكتئاب الرئيسي، وتقلل من التشخيصات السلبية الخاطئة لـ ثنائي القطب II، وتُزيد من احتمالية حصول الأفراد على العلاج الأنسب لتخفيف معاناتهم. ومن الناحية الأخرى، إذا لم يكن من الممكن تمييز النوبات الهَوسية الأخف، التي ترافق ثنائي القطب II، بشكل موثوق عن الحالات المزاجية المرتفعة الناتجة عن مضادات الاكتئاب بشكل دوري المقترنة باضطراب الاكتئاب الرئيسي، فإنه سيتم التشخيص بـ ثنائي القطب II نتيجة التشخيص-المبالغ فيه، وسيتم التشخيص باضطراب الاكتئاب الرئيسي نتيجة التشخيص-الناقص، والأفراد إما أنهم لن يتلقّوا العلاج أو سيحصلون على علاج يُزيد من تفاقم أعراضهم. وبالمثل، إذا كانت المدة المناسبة للنوبة الهوسية الخفيفة لـ ثنائي القطب II هي يومين بدلاً من أربعة أيام، فلن يُساء تشخيص الأفراد الذين يعانون من ثنائي القطب II باضطراب الاكتئاب الرئيسي وسيحصلون على العلاج الأنسب لتخفيف معاناتهم. ومع

ذلك، إذا حدث خطأ في هذه الفترة الأقصر، فإنّ الأفراد المصابين باضطراب الاكتئاب الرئيسي سيتم تشخيصهم بشكل خاطئ بـ ثنائي القطب II وسيحصلون بشكل محتمل على علاج من الممكن أن يُزيد من تفاقم أعراضهم.

الطب النفسي الخالي من القيمة

إذا كان يتعين على باحثي الطب النفسي النظر في هذه العواقب غير الإبستمية المحتملة أثناء تأويل نتائج أبحاثهم، فقد يكونون قادرين على المساعدة في تخفيف الأضرار المحتملة المرتبطة بالتشخيص-المبالغ فيه أو التشخيص-الناقص. على أية حال، إنّ السماح للقيم غير الإبستمية بلعب دور في هذه المراحل الداخلية من أبحاث الطب النفسي يُثير العديد من المخاوف، وقد أُثير الكثير منها من خلال دور القيم غير الإبستمية في الأبحاث العلمية بشكل أعم (Anderson 2004; Betz 2013; Brown 2013; Douglas 2000; Mitchell 2004). أحد أبرز هذه المخاوف هي مشكلة التفكير الرغبوي [تكوين اعتقادات واتخاذ قرارات بناءً على رغبات المرء وتمنياته]: إذا كان من المتوقع أن يحتكم باحثو الطب النفسي إلى القيم غير الإبستمية عند تأويل نتائج أبحاثهم، فإنّ أي مراجعة للفئات التشخيصية قد تكون انعكاساً على نحوٍ أكبر عن أحكام القيم لدى الباحثين مما هي عن البنية الأساسية الفعلية للحالات الطبية النفسية. وهذا من شأنه أن يهدد موثوقية وسلامة التشخيص والتصنيف الطبي النفسي لأنه سيسمح للمرء بتقييم الأدلة أو قبول أو رفض الفرضيات بناءً على القيم المجتمعية، أو السياسية، أو الأخلاقية بدلاً من القيم الإبستمية. باختصار، لن يكون هناك ما يمنع الباحثين من استخدام الأدلة أو قبول الفرضيات، لأنها ببساطة تدعم استنتاجهم المرغوب فيه.

عبّر (2010, 2013) Ghaemi عن هذا القلق في دفاعه عن المراجعات المقترحة للمعايير التشخيصية لاضطراب ثنائي القطب II الذي نوُقش أعلاه. فهو يعترف بأنّ الباحثين في مجال الطب النفسي قد ينظرون بشكل مشروع في

العواقب غير الإبستمية باعتبارها "أولوية منخفضة المستوى" عندما لا يتم تحديد القرارات المتعلقة بكيفية مراجعة المعايير أو الفئات التشخيصية بواسطة الأدلة (2013: 51). على أية حال، يجادل غيمي بأنّ الباحثين سيكونون مخطئين عند النظر في العواقب غير الإبستمية المحتملة التي قد تنتج عن أبحاثهم عندما لا يمكن اتخاذ مثل هذه القرارات إلا من خلال اللجوء إلى القيم الإبستمية، وهو الحال الذي يجادل بأنه متحقق في المراجعات المقترحة للفئات التشخيصية لاضطراب ثنائي القطب II. على الرغم من أنّ كل من هذه المراجعات من المرجّح أنها ستُزيد من تشخيصات ثنائي القطب II ويمكن أن تُزيد بشكل محتمل من التشخيصات الإيجابية الخاطئة، إلا أنّ غيمي يُجادل بأنها مدعومة بالأدلة ويجب ألا يتم تجاهلها لمجرّد المخاوف المتعلقة بالتشخيصات الإيجابية الخاطئة المحتملة. والقيام بذلك، كما يزعم، "سيضمن فقط أنّ نظامنا التشخيصي سيستمر في عكس آراء كاتبيه وسيكون بشكلٍ واعٍ نظاماً مصطنعاً" (Ghaemi 2010). علاوة على ذلك، إذا كانت المخاوف المتعلقة بالتشخيصات الإيجابية الخاطئة ستؤثر على تأويل نتائج البحث، فإنّ غيمي يقترح أننا يجب أن نقلق على نحوٍ مساوٍ من التشخيصات الإيجابية الخاطئة لاضطراب الاكتئاب الرئيسي، التي كما يقترح ستنتج على الأرجح إذا ما احتفظ الـ DSM-5 بالفترة الزمنية الطويلة.

القلق الثاني من السماح للقيم غير الإبستمية بلعب دور في المراحل الداخلية لأبحاث الطب النفسي هو أنّ ذلك سيكون غير متسقٍ مع مبادئ المجتمع الديمقراطي الليبرالي (Betz 2013). قد يُمكّن ذلك بشكل محتمل الباحثين من فرض على نحوٍ غير عادل وجهة نظرهم حول ما يُشكّل المستويات المقبولة من الخطر على بقية المجتمع. على الأقل، سيسمح ذلك بتمثيل قيم الباحثين على نحوٍ غير متناسب في أي تصنيف ناتج أو السياسة العامة، مما سينتهك بشكل محتمل استقلالية المريض ويقوّض عمليات اتخاذ-القرار الديموقراطية. يمكن أن تكون هذه النتيجة إشكالية بشكل خاص إذا لم يكن لدى الباحثين أي خبرة خاصة في تحديد ما يُشكّل المستوى المقبول للخطر.

يحاول المدافعون عن التصوّر الخالي-من القيمة تفادي هذه المخاوف من خلال الدعوة إلى استبعاد القيم غير الإبستمية من المراحل الداخلية لأبحاث الطب النفسي بشكل تام. إذا كان بإمكان المرء البَتُّ في كيفية تأويل البيانات، أو قبول أو رفض الفرضيات، أو مراجعة المعايير أو الفئات التشخيصية اعتماداً على القيم الإبستمية فقط، فإنّ مشكلة التفكير الرغبوي ستختفي. إذا لم يستطع المرء اتخاذ مثل هذه القرارات بناءً على القيم الإبستمية فقط، فإنّ المدافعين عن التصوّر الخالي-من القيم يزعمون أنه يتعين عليه أن يبقى لاأدرياً [محايداً] بشأن الموضوع وينتظر تراكم المزيد من الأدلة. في كلتا الحالتين، ستكون مخاطر الخطأ ضئيلة أو غير موجودة، ولن يحتاج الباحثون إلى مراعاة العواقب غير الإبستمية لأعمالهم.

الطب النفسي المثقل-بالقيمة

إنّ منتقدي هذا التصور الخالي-من القيمة للطب النفسي يعترفون بقوة هذه المخاوف، لكنهم يجادلون بأنّ استبعاد القيم غير الإبستمية إما أنه أمرٌ متعذّر أو غير مرغوب فيه. أولئك الذين يتبنون الاستراتيجية الأولى إما أنهم يتحدّون التمييز بين القيم الإبستمية وغير الإبستمية التي يستند إليها التصوّر (Longino 1996; Rooney 1992) أو أنّهم يجادلون بأنّ الأفراد هم ببساطة غير قادرين على استبعاد القيم غير الإبستمية من تقييماتهم لكفاية الأدلة (Biddle 2013; Colombo et al. 2016). أما أولئك الذين يتبنون الاستراتيجية الأخيرة ويجادلون بأنّ التصور الخالي-من القيمة غير مرغوب فيه عادة ما يعترفون بالفرق بين القيم الإبستمية وغير الإبستمية؛ لكنهم مع ذلك، يؤكدون على أنّ المجموعة المتنوعة من المجازفات الاستقرائية المتضمَّنة خلال المراحل المختلفة من البحث تتطلّب من الباحثين النظر في العواقب غير الإبستمية لأعمالهم (Biddle 2013; Brown 2013; Douglas 2000, 2009; Elliott & Willmes 2013; Steel 2010; Steel & Whyte 2012). حتى لو كان من الممكن أن يبقى لاأدرياً وينتظر تراكم المزيد من الأدلة حول

بعض المسائل في سياقات البحث، فغالباً ما يكون من غير العملي القيام بذلك في السياقات السريرية وسياقات صنع-السياسات.

على الرغم من أنّ المدافعين عن المحاججة من المجازفة الاستقرائية يقدّمون تفسيرات مختلفة قليلاً للظروف التي ينبغي بموجبها أن تمارس القيم غير الإبستمية تأثيرها وحول امتداد ذلك التأثير، إلا أنهم عادة ما يلجأون جميعاً إلى بعض نُسخ أطروحة قصور التحديد لتسويغ إدراج القيم غير الإبستمية. كان Pierre Duhem (1914) & W.V.O Quine (1951) أول من صاغا أطروحة قصور التحديد المرتبطة بالنظريات العلمية. حيث جادلا بأنه لا يمكن اختبار الفروضات العلمية بمعزل عن بعضها البعض لأنّ الفروضات المساعدة، على سبيل المثال، الفروضات حول طريقة عمل العالَم، وأي الأدوات ينبغي استخدامها لاختبار الفروضات، وهل الأدوات تعمل بشكل صحيح، ضرورية على الدوام لتوليد فروضات قابلة للاختبار. وبالنظر إلى هذه الطبيعة الكليّانية لاختبار الفرض، فإنه عندما يبدو الفرض مدحوضاً بواسطة البيانات، من غير الممكن تحديد ما إذا كان هذا بسبب الفرض نفسه أم بسبب أحد الفروضات المساعدة. علاوة على ذلك، دائماً ما يكون من الممكن تعديل نظرية ما بحيث تتوافق مع البيانات أو نأخذ نظريتين غير متوافقتين منطقياً مع البيانات ونُعدِّل فروضاتهما المساعدة بحيث تكونان متوافقتين على نحوٍ مساوٍ مع البيانات. لهذه الأسباب، جادل كل من دوهيم وكواين بأنّ اختيار النظرية كان قاصر التحديد. تُعدّ الاحتكامات المعاصرة إلى قصور التحديد أقل اعتماداً على رؤية دوهيم وكواين بشأن الطبيعة الكليّانية لاختبار الفرض وعوضاً عن ذلك تركّز على حقيقة أنّ الباحثين نادراً ما يمتلكون أدلة كافية لتحديد قبول أو رفض الفرضية بشكل قاطع. وبالنظر إلى هذه الفجوة بين الدليل والفرضية، فإنّ أي قرار لقبول أو رفض الفرضية سيتضمن بشكل حتمي مجازفة استقرائية بسبب إمكانية الخطأ. ولن يكون الباحثون قادرين على الاعتماد على القيم الإبستمية فقط لتقليل المخاطر المقترنة بهذه الأخطاء المحتملة. وعندما يكون هذا هو الحال، خاصة عندما تكون المخاطر كبيرة، فإنّ المدافعين عن المحاججة من المجازفة الاستقرائية يؤكدون على أنّ القيم غير

الإبستمية يجب أن تؤثر على معايير الأدلة المطلوبة لقبول أو رفض الفرضية .

يبدو أنّ هذه الاستراتيجية تكمن وراء طلب إرشادات الـ DSM-5 بالنسبة للباحثين لمعالجة الأضرار النسبية المقترنة بأي من المراجعات المقترحة أو الفئات التشخيصية الجديدة (Kendler et al. 2009). كذلك تبنّى Frances (2012, 2013) هذه الاستراتيجية استجابةً إلى حجج غيمي لصالح كلتا المراجعتين المقترحتين حول المعايير التشخيصية لثنائي القطب II. وشكّكَ فيما إذا كان الأطباء السريريون قادرين حتى على تمييز بشكل واضح النوبات الهوسية الأخف التي ترافق ثنائي القطب II من الحالات المزاجية المرتفعة الدورية التي يمكن أن ترافق اضطراب الاكتئاب الرئيسي، وجادل بأنّ هذه القدرة تتضاءل أكثر من خلال حقيقة أنّ مضادات الاكتئاب غالباً ما تستحث حالات مزاجية مرتفعة دورية في المرضى المكتئبين. وشكك كذلك في قدرة الأطباء السريريين على التمييز بشكل واضح بين النوبات الهوسية الخفيفة المستحثّة بواسطة مضادات الاكتئاب وعودة حالات المزاج الطبيعية في المرضى المصابين باضطراب الاكتئاب الرئيسي. إذا كانت هذه القرارات التشخيصية قاصرة التحديد بسبب ظهور الأعراض في السياقات السريرية، فليس هنالك سبب وجيه للتشكيك في أنه يمكن تجنبّها عندما يضطر الباحثون إلى استخلاص استنتاجات مماثلة في سياقات البحث. يقترح فرانسيس أنّ هذا النوع من قصور التحديد واسع الانتشار في التشخيص الطبي النفسي وأنّ تحديد أي عتبة تشخيصية هو اعتباطي بشكل حتمي، وهي سمة إشكالية بشكل خاص بالنظر إلى الميل العام للباحثين إلى التحيّز نحو تقديم توصيات التي تكون أكثر تسامحاً مع التشخيصات الإيجابية الخاطئة. وفيما يتعلق بالمراجعات المقترحة حول ثنائي القطب II، يقلق فرانسيس من أنّ هذا التحيّز سيؤدي إلى تشخيص المزيد من الأفراد المصابين بالاكتئاب بالثنائي القطب II ومعالجتهم بمضادات ذهانية ومثبتات المزاج، مما يعرّضهم على نحوٍ غير ضروري إلى مخاطر محتملة مثل زيادة الوزن ومرض السكري (Frances 2013). قادت هذه الأنواع من العواقب غير الإبستمية فرانسيس إلى الدعوة لمقاربة أكثر تحفّظاً فيما يتعلق بالمراجعات التشخيصية.

تتشاطر Cooper (2016) قلق فرانسيس بشأن الأضرار المحتملة المقترنة بالمراجعات التشخيصية المقترحة لـ ثنائي القطب II، على الرغم من أنّ حجتها لإدراج القيم غير الإبستمية لا تعتمد على قصور التحديد. ورغبة منها في تجنب المناقشات التجريبية المتعلقة بهذه المراجعات، تطلب من القارئ النظر في "**الاضطراب حيثما أشارت البيانات التجريبية المتعلقة بالمحققين إلى وجوب تخفيف المعايير التشخيصية** ... بل وكذلك حيثما وجدت أدلة قوية على أنّ هذا الاضطراب تتم حالياً المبالغة في تشخيصه وعلاجه بأدوية لها آثار جانبية خطيرة" (109؛ اللون الغامق ليس في الأصل). تُعدّ المقارنة بين الاستراتيجيات الحجاجية لكوبر وفرانسيس، جنباً إلى جنب مع انتقادات الآخرين للتصوّر الخالي-من القيمة بشكل عام، أمر مهم هنا. ففي حين يدّعي فرانسيس أنّ فريق عمل الـ DSM يجب أن ينظروا في العواقب غير الإبستمية للمراجعات لكون الأدلة غير قاطعة، إلا أنّ كوبر تجادل بأنهم يجب أن ينظروا في العواقب غير الإبستمية حتى لو كانت الأدلة "تُشير إلى أنّ المعايير التشخيصية يجب تخفيفها". هذا الاختلاف له تداعيات مهمة على متى يمكن للمرء أن يلجأ بشكل مشروع إلى القيم غير الإبستمية. وفق رؤية فرانسيس، يمكن للمرء أن يلجأ إلى القيم غير الإبستمية فقط عندما تكون الأدلة غير قاطعة وقراره له عواقب غير إبستمية. على أية حال، وفق رؤية كوبر، يمكن للمرء أن يلجأ بشكل مشروع إلى القيم غير الإبستمية حتى عندما تكون الأدلة قاطعة.

يمكن أن يكون لهذا الاختلاف تبعات مهمة على مدى قدرة المرء على الاستجابة لمشكلة التفكير الرغبوي. عادة ما يحاول مؤيدو المحاججة من المخاطرة الاستقرائية تفادي مشكلة التفكير الرغبوي من خلال تقييد السياقات التي يمكن أن تعمل بها القيم غير الإبستمية بشكل مشروع. فعلى سبيل المثال، يجادل كل من Douglas (2000) وSteel (2010) بأنه لا ينبغي للقيم غير الإبستمية أن تكون لها الأسبقية على القيم الإبستمية أو تحدد بشكل مباشر قبول أو رفض العلماء للفرضية، لأنّ هذا يبدو أنه يسمح بأنواع من التفكير الرغبوي التي تُقلق المدافعين عن التصوّر الخالي-من القيمة. بدلاً من ذلك، يجب أن يقتصر عمل

القيم غير الإبستمية على تحديد مقدار الأدلة المطلوبة قبل قبول أو رفض الفرضية أو المستوى المناسب من الأهمية الإحصائية. فعلى سبيل المثال، إذا كان قبول فرضية معينة يمكن أن يؤدي إلى أضرار كبيرة على الصحة البشرية، فيجب على المرء أن يتبنّى معياراً أكثر صرامة للأدلة قبل قبول أو رفض الفرضية. بالمقابل، إذا كانت مخاطر قبول الفرضية ضئيلة، فيمكن للمرء أن يسوّغ تبنّي معيار أكثر رخاوة للأدلة. وبما أنّ القيم غير الإبستمية لا تلعب إلا دوراً غير مباشر في المراحل الداخلية للبحث الطبي النفسي، فهي لا تُبطل القيم الإبستمية، وبذلك، تستبعد احتمالية التفكير الرغبوي من جانب الباحثين[1].

على أية حال، تنجح هذه الاستراتيجية فقط إلى الحد الذي لا يتم فيه تحديد قرارات قبول أو رفض الفرضية بشكل كامل بواسطة القيم الإبستمية. إذا أنكر المرء ذلك، كما يبدو عليه حال كوبر في مثالها الافتراضي، فمن غير الواضح ما الذي يمنع القيم غير الإبستمية من لعب دور مباشر في المراحل الداخلية للبحث الطبي النفسي، مما يجعل موقف كوبر أكثر عرضة لمشكلة التفكير الرغبوي. تعتقد كوبر أنّ هذا ليس مصدر قلق كبير بالنسبة لوجهة نظرها، وتقدّم حجتين تدعم كل منهما الأخرى لتوضيح السبب. فهي تلجأ أولاً إلى تفسير Douglas (2003, 2009) للمسؤوليات الأخلاقية للعلماء لإثبات عدم الرغبة في استبعاد القيم غير الإبستمية من البحث الطبي النفسي. وتُقرّ بأنّ بناء تصنيف صحيح للحالات الطبية النفسية هو هدف إبستمي جدير بالاهتمام، لأنه يُشكّل المسؤوليات الواجبة على الباحثين في مجال الطب النفسي وأعضاء فريق عمل الـ DSM. على أية حال، وعلى خُطى دوغلاس، تجادل كوبر بأنّ هذه المسؤولية الواجبة [role responsibility] لا تُبطل مسؤولياتهم الأخلاقية [moral responsibilities] العامة في السعي إلى توخّي وتفادي الأضرار المحتملة المقترنة بالمراجعات التشخيصية. الطريقة الوحيدة لتفادي الوفاء بهذه المسؤوليات هي إذا

(1) انظر Elliot (2013) وHicks (2014) لمزيد من الانتقادات التفصيلية حول موقف دوغلاس من الأدوار المباشرة وغير المباشرة للقيم في العلوم.

ما كانت هناك بِنى اجتماعية مناسبة لرصد وتقييم أي أضرار محتملة. تقترح كوبر أنّ هذا ليس هو الحال لأنّ الباحثين في مجال الطبي النفسي وأعضاء فريق عمل الـ DSM عادة ما سيكونون هم الأفراد الوحيدين المؤهلين بشكل كاف لتقييم الأضرار المحتملة: "السبب في أنّ الخبراء في التصنيف الطبي النفسي عليهم واجب أخلاقي في النظر في الأضرار التي قد تنجم عن التغييرات في التصنيف هو أنهم الوحيدون الذين يمتلكون الخبرة اللازمة للحكم على بعض هذه الأضرار؛ فالأمر يتطلب مثل هؤلاء الخبراء لمعرفة هل تمّت المبالغة في تشخيص بعض الاضطرابات، على سبيل المثال" (106).

حتى إذا وافق المرء على أنّ الباحثين يجب أن يستشهدوا بالقيم غير الإبستمية للوفاء بمسؤولياتهم الأخلاقية، فلا يزال المرء بحاجة إلى سرد كيفية منع هذه القيم من أن تؤدي إلى التفكير الرغبوي. تسعى الحجة الثانية لكوبر إلى معالجة هذا القلق. حيث تجادل بأنه من غير المرجّح أن يحدث التفكير الرغبوي نظراً لوجود اتفاق واسع النطاق حول ما يُشكِّل الضرر أو الفائدة: "على الأقل في السياق الحالي، ليس هنالك خطر حقيقي من أنّ الشروع في مراعاة القيم عند مراجعة الـ DSM سيفتح الباب أمام أولئك الذي سيسعون إلى صياغة الكتيب ليتناسب مع أنظمة قيم غير مقبولة؛ إذ يتفق جميع المشاركين في النقاشات بشكل واسع على ما يُعدّ 'ضرراً' أو 'فائدة'" (109). وبالنظر إلى هذا الإجماع الواسع، فمن المرجّح أن تتم إزالة القيم التي يمكن أن تؤدي إلى التفكير الرغبوي.

على أية حال، من غير المرجّح أنّ تُرضي هذه الاستجابة المدافعين عن التصوّر الخالي-من القيم. على الرغم من أنّ كوبر من المحتمل أن تكون محقة في أنّ هنالك إجماع واسع فيما يتعلق بفوائد التشخيصات الدقيقة وأضرار التشخيصات الإيجابية الخاطئة أو السلبية الخاطئة، إلا أنّ هذا لا يُلغي احتمالية تأثير الأنواع الأخرى من القيم غير الإبستمية، مثل اعتبارات الربح أو المكانة، على القرارات المتعلقة بكيفية مراجعة المعايير أو الفئات التشخيصية. يقدم

Moynihan وزملاؤه (2013) أدلة تشير إلى أنّ هذا قد يكون احتمالاً حقيقياً. فعلى سبيل المثال، في مراجعتهم المنهجية، وجدوا أدلة على وجود تحيّز في المنشورات تجاه توسيع الفئات المرَضية بالإضافة إلى علاقات مالية متواترة بين مؤلفي هذه المنشورات والشركات الدوائية. لا يُثبت هذا وجود علاقة مباشرة بين القيم غير الإبستمية مثل الربح أو المكانة والمراجعات التشخيصية المقترحة، بل يكفي للتشكيك في ادّعاء كوبر أنه "ليس هنالك خطر حقيقي" متمثل في إمكانية حدوث مثل هذه العلاقات المباشرة.

إنّ ثمرة هذه الاعتبارات هي أنه إذا أراد المرء أن يتجنّب مشكلة التفكير الرغبوي، فهو بحاجة إلى اللجوء إلى بعض نُسخ قصور التحديد وتقديم تفسير لكيفية تقييد السياقات التي يمكن أن تعمل فيها القيم غير الإبستمية بشكل مشروع. يشير تفريق دوغلاس بين الأدوار المباشرة وغير المباشرة إلى وجود طريقة ممكنة للقيام بذلك. على أية حال، حتى لو اقتصرت القيم غير الإبستمية على لعب دور غير مباشر فقط في أبحاث الطب النفسي، فإنّ القلق من فرض الباحثين بشكل غير عادل وجهة نظرهم حول ما يُشكّل المستويات المقبولة من الخطر على بقية المجتمع ما يزال قائماً. يمكن لمنتقدي التصوّر الخالي-من القيمة أن يستجيبوا لهذه المشكلة إمّا من خلال تحدّي تفسير المسؤوليات الأخلاقية للباحثين الذي يؤيده بشكل ضمني أو صريح المدافعون عن التصوّر الخالي-من القيم أو من خلال اقتراح آليات بديلة يمكن أن تقلل من إمكانية فرض الباحثين قيمهم على بقية المجتمع.

عادة ما يدافع أتباع التصوّر الخالي-من القيمة عن تفسيرٍ هو الأدنى للمسؤوليات الأخلاقية للباحثين، معتبرين أنه ليس من مسؤولية الباحثين النظر في العواقب غير الإبستمية في سياق أعمالهم. فعلى سبيل المثال، تتبنى Mitchell (2004) هذه الاستراتيجية في الدفاع عن التصوّر الخالي-من القيمة للعلم. على عكس دوغلاس، تُصرّ ميتشل على التقسيم الحاد بين سياق البحث العلمي وسياق السياسة العامة. فسياق الأول يهدف إلى ترسيخ اعتقادات موثوقة عن

العالم، مثل ما هو التصنيف الأكثر صحة للحالات الطبية النفسية، في حين يهدف السياق الأخير إلى تحديد الإجراءات الواجب اتخاذها أو السياسات الواجب تبنيها بناءً على هذه الاعتقادات، مثل أفضل السبل لمراجعة التصنيفات الطبية النفسية الحالية. على الرغم من تداخل هذين السياقين في كثير من الأحيان، إلا ميتشل تدّعي أنهما يُجسّدان معايير مختلفة للقبول ويتم توجيههما بواسطة أنواع مختلفة من القيم، فمع السياقات العلمية نتبنى معايير أعلى للقبول ونحتكم فقط إلى القيم الإبستمية لتحديد الاعتقادات التي من المعقول قبولها.

وفيما يتعلق بالنقاشات حول المراجعات المقترحة للفئات التشخيصية، يقتضي موقف ميتشل أن ينظر باحثو المجال الطبي النفسي في العوامل الإبستمية فقط عند استخلاص الاستنتاجات حول المراجعات التشخيصية، مثل هل المراجعة المقترحة أكثر دقة، أو عمومية، أو توافقاً مع الخلفيات المعرفية الأخرى مقارنة بالبديلة. يؤيد غيمي وجهة نظر مماثلة في دفاعه عن المراجعات المقترحة للمعايير التشخيصية للاضطراب الثنائي القطب II. فقط عندما يحاول المرء استخدام النتائج المقبولة في السياقات البحثية لإثراء القرارات حول كيفية مراجعة الفئات التشخيصية الحالية يتعيّن عليه وجوب النظر في العواقب غير الإبستمية لتلك القرارات. على أية حال، عند هذه النقطة، فإنّ مثل هذه القرارات هي من اختصاص أعضاء فريق عمل الـ DSM وليس باحثي الطب النفسي. بطبيعة حال، يعمل باحثو الطب النفسي في كثير من الأحيان كأعضاء في فريق عمل الـ DSM أيضاً. عندما يكون هذا هو الحال، فإنّ هؤلاء الأفراد سيعتمدون حتماً على كل من القيم الإبستمية وغير الإبستمية في الإبلاغ عن القرارات. على أية حال، من الواضح من جهة ميتشل أنّ "سبب ذلك يرجع إلى اشتراك مجموعتين من الالتزامات الواجبة وليس أنّ هنالك نوعين من القيم يتم توظيفهما في كل من الأدوار الفردية للعالِم والمستشار السياسي" (253).

إلى الحد الذي تنجح فيه استراتيجية ميتشل، فإنها ستُعفي فقط باحثي الطب النفسي من مسؤولية النظر في العواقب غير الإبستمية للمراجعات

التشخيصية. قد يحتاج المرء إلى المزيد من الحجج لإعفاء أعضاء فريق عمل الـ DSM من امتلاك مسؤولية مماثلة. ومع ذلك، سيشكّل هذا مشكلة بالنسبة لموقف كوبر عن المسؤوليات الأخلاقية للباحثين. على الرغم من أنها كثيراً ما تتذبذب بين إسناد مسؤولية النظر في العواقب غير الإبستمية للمراجعات التشخيصية إلى باحثي الطب النفسي وأعضاء فريق عمل الـ DSM، إلا أنها تنص بوضوح أنّ باحثي الطب النفسي مسؤولون جزئياً على الأقل عن هذه المهمة، وهو ما كان يسعى إلى إثباته موقف دوغلاس الأصلي. وهكذا، إذا ما نجح، فإنّ موقف ميتشل سيقوّض على الأقلّ دعوى كوبر أنّ باحثي الطب النفسي مسؤولون عن النظر في العواقب غير الإبستمية للمراجعات التشخيصية.

هنالك استراتيجية محتملة وربما متممة لعزل البحث الطبي النفسي عن القيم غير الإبستمية ولتقليل المسؤوليات الأخلاقية للباحثين تتمثل في السعي إلى تقليل عدم اليقين المقترن بأنواع الاستنتاجات التي يستخلصها باحثو الطب النفسي. تتوقف قوة الحجج المقدّمة من فرانسيس وكوبر، والمحاججة من المجازفة الاستقرائية بشكل أعم، على افتراض أنّ أنواع الاستنتاجات التي يستخلصها باحثو الطب النفسي، مثل هل الأدلة تدعم مراجعة المعايير أم الفئة التشخيصية، تتضمن مخاطر ولايقينيات كبيرة. فقط إذا كان هذا الافتراض صحيحاً يمكن للقيم غير الإبستمية أن تؤثر بشكل مشروع على معايير الأدلة المطلوبة لقبول أو رفض الفرضيات. إذا استطاع المرء القضاء على عدم اليقينُ، فلن تكون هناك مخاطر مقترنة بالقرارات المتعلقة بقبول أو رفض الفرضيات، وبالتالي ليست هناك حاجة في أن يستحضر الباحثون القيم غير الإبستمية في سياق أعمالهم.

يتبنى (2013) Betz هذه الاستراتيجية في دفاعه عن التصوّر-الخالي من القيمة للعلم. إذ يستند موقفه على التفريق بين الفرضيات الواضحة والمغلّفة. فالفرضيات الواضحة هي تصريحات تجريبية لا تشير بشكل صريح إلى اللايقينيات في صياغتها وعادة ما يتم قبولها من دون أي شك معقول. الأمثلة

التي يقدّمها بيتز عن الفرضيات الواضحة مستمدة جميعها من البحوث المتعلقة بتغيّر المناخ العالمي، بما في ذلك تصريحات مثل يشتمل الغلاف الجوي على الأوكسجين، والفحم يحترق، وCO_2 هو من الغازات الدفيئة [أي المسببة للاحتباس الحراري]. على الرغم من أنّ هذه الفرضيات قد يتضح أنها خاطئة، إلا أنه تمّ اختبارها جيداً، وتتضمن مخاطر لا تُذكر، ومن المقبول أن تكون موثوقة في قرارات السياسة العامة. الأهم من ذلك، إنّ بيتز يدّعي أنّ قبولها يعتمد فقط على مزاياها الإبستمية ولا يتضمن أي احتكام إلى القيم غير الإبستمية. قد تبدو الأمثلة المماثلة للفرضيات الواضحة المتعلقة بالاضطراب الثنائي القطب تصريحات مبتذلة، مثل "يتطلّب تشخيص ثنائي القطب II أن يمتلك الفرد نوبة هَوسية خفيفة تستمر على الأقل أربعة أيام"، أو "العلاج القياسي لثنائي القطب II هو مثبتات المزاج والأدوية المضادة للذهان".

في المقابل، تُشير الفرضيات المغلّفة بشكل صريح إلى اللايقينيات في صياغتها. يذكر بيتز ثلاث طرق تُقدّم فيها الفرضيات المغلّفة لايقينيات صريحة. الأولى، يمكن للفرضيات المغلّفة أن تُبلِغ عن نطاقات من الاحتمال، على سبيل المثال، "نوبات هَوسية خفيفة تستمر 2-3 أيام فقط في 27-30 بالمائة من الأفراد". الثانية، يمكن صياغتها على أنها تصريحات مؤهلة إبستمياً، على سبيل المثال، "من المرجّح\من المحتمل\من المعقول أن تتوافق مع ما نعرفه من أنّ النوبات الهوَسية الخفيفة تستمر 2-3 أيام فقط في 27-30 بالمائة من الأفراد". الأخيرة، يمكن صياغتها على أنها تصريحات شرطية، على سبيل المثال، "إذا قبلنا أنّ النوبات الهوسية الخفيفة تستمر 2-3 أيام فقط في 27-30 بالمائة من الأفراد، فإنّ إلتماس فترة زمنية أقصر للنوبات الهوسية الخفيفة يُعدّ مفضّلاً بالنظر إلى اهتمامنا بتقليل التشخيصات السلبية الخاطئة". في حال نصّت الفرضيات المغلّفة على نطاقات من الاحتمال أو كانت مؤهلة أو مشروطة بشكل مناسب، فإنّ بيتز يجادل بأنها لا تختلف عن الفرضيات الواضحة: على الرغم من أنها يمكن أن تكون خاطئة، إلا أنها تتضمن مخاطر لا تُذكر ويمكن قبولها بما لا يدع مجالاً للشك لتوجيه قرارات السياسة العامة. الأهم من ذلك، إنّ قبولها لا

يحتاج إلى استحضار أي قيم غير إبستمية. إذا كان المرء قلقاً من أنّ هذا ليس هو الحال، فإنّ بيتز يقترح أنه يمكن للمرء أن يُزيد من تغليف فرضيته حتى تمتلك نفس احتمالات الخطأ الموجودة في الفرضيات الواضحة الأخرى المقبولة بشكل شائع.

تنطوي استراتيجية بيتز على تبعات مهمة ليس فقط على مصير التصوّر الخالي من القيمة الخاص بالعلم، بل كذلك على مسؤوليات الباحثين في مجال الطب النفسي. وبما أنّ قبول أو رفض الفرضيات لا يحتاج إلى استحضار القيم غير الإبستمية، فإنّ الباحثين يتحمّلون فقط مسؤولية الإبلاغ عن أي احتمالات للخطأ تقترن بالفرضيات التي قبلوها أو رفضوها[2]. ولن يكونوا مسؤولين عن النظر في التأثير المحتمل لاحتمالات الخطأ هذه عند استخدامها خارج سياقات البحث، مثل التأثير الذي قد تفرضه على التشخيصات الإيجابية الخاطئة أو السلبية الخاطئة. هذا التفسير للمسؤوليات الأخلاقية للباحثين يتناقض بشكل تام مع رؤى دوغلاس وكوبر المبينة سابقاً. تذكّر ملاحظة كوبر التي مفادها أنّ باحثي الطب النفسي وأعضاء فريق عمل الـ DSM "هم الوحيدون الذين يمتلكون الخبرة المطلوبة للحكم على بعض تلك الأضرار؛ إذ الأمر يتطلّب مثل أولئك الخبراء لمعرفة هل بعض الاضطرابات تتم المبالغة في تشخيصها، على سبيل المثال" (106). في حين أنه من المرجّح أنّ باحثي الطب النفسي وأعضاء فريق عمل الـ DSM هم الأكثر تأهيلاً للحكم بما إذا كانت بعض الاضطرابات تتم المبالغة في تشخيصها، إلا أنه من غير الواضح هل هم الأكثر تأهيلاً للحكم على الأضرار المقترنة بهذه المبالغة التشخيصية. فعلى سبيل المثال، قد يشكك المرء فيما إذا كان باحثو الطب النفسي وأعضاء فريق عمل الـ DSM يمتلكون

(2) بالطبع لا يزال يتعين على الباحثين الوفاء بالمسؤوليات الواجبة العامة، على سبيل المثال، عدم الاشتراك في الخداع أو الاحتيال. علاوة على ذلك، كما هو الحال مع موقف ميتشل، قد يشغل الباحثون أدواراً مزدوجة من باحثٍ وصانع السياسة. عندما يكون هذا هو الحال، فسيكون مسوّغاً للمرء اللجوء إلى كل من القيم الإبستمية وغير الإبستمية.

أي خبرة معينة للحكم على المبالغة في التشخيص بـ ثنائي القطب II على أنه أكثر ضرراً من اضطراب الاكتئاب الرئيسي المحتمل بسبب التشخيص الناقص. إذا كانت استراتيجية بيتز عن الفرضية المغلّفة ناجحة، فإنها تُلغي هذه الاحتمالية وتمنع الباحثين من فرض معاييرهم عن المستويات المقبولة من المخاطر على عامة الناس. بطبيعة الحال، يبقى السؤال مفتوحاً هل فِرق عمل الـ DSM أو غيرها من الوكالات الخارجية المسؤولة عن النظر في العواقب غير الإبستمية للمراجعات التشخيصية مُصرَّحٌ لها بشكل ديمقراطي و\أو ممثّلة على نحوٍ كاف، بيدَ أنّ استراتيجية بيتز ستُعفي على الأقل باحثي الطب النفسي من مثل هذه المسؤولية.

إذا نجحت استراتيجيات ميتشل وبيتز، عندئذ لن يكون هنالك مسوّغ لكي تلعب القيم غير الإبستمية دوراً في أبحاث الطب النفسي أو لتحميل باحثي الطب النفسي مسؤولية مراعاة العواقب غير الإبستمية لعملهم. على أية حال، هنالك العديد من الأسباب التي تجعلك متشككاً بشأن هل يمكن لمقترحاتهم أن تعزل التصنيف والبحث الطبي النفسي بشكل تام عن القيم غير الإبستمية. خذ بعين الاعتبار أولاً مقترح ميتشل. فموقفها ينجح إلى الحد الذي سيكون فيه باحثو الطب النفسي قادرين على تحديد التصنيف الأكثر صحّة للحالات الطبية النفسية فقط من خلال اللجوء إلى القيم الإبستمية. ومع ذلك، لا تُقدِّم ميتشل تفسيراً لكيفية حدوث ذلك. وتُقرّ بأنّ العلماء يمكن أن يختلفوا حول كيفية تأويل و\أو تطبيق القيم الإبستمية المختلفة، لكنها مع ذلك تُصرّ على أنّ المرء يُحدد ما هي الاعتقادات التي يجب قبولها على أنها معقولة من خلال الاحتكام إلى القيم الإبستمية حصراً. على سبيل المثال، تنص ميتشل: "على الرغم من أنّ الأدلة تحدد بشكل قاصر صدق الدعوى السببية، إلا أنّ القيم الإبستمية الأخرى... أو القيم الإدراكية [cognitive]... يمكن تسخيرها لتوليد حُكم القبول" (249). تقدّم فيما بعد نقطةً مماثلة: "يمكن للعلماء أن يختلفوا على نحوٍ مؤكد... حول أهمية القيم الإبستمية المختلفة أو درجة استيفاءها - من دون إدخال القيم غير الإبستمية" (253).

إذا كان بإمكان العلماء الاختلاف حول التأويلات أو الترجيحات المعينة المرتبطة بالقيم الإبستمية المختلفة، فستكون ميتشل مدينةً بتفسير سبب اختيار مختلف الباحثين المجموعة المرجّحة من القيم المؤولة من دون لجوؤهم إلى القيم غير الإبستمية. فعلى سبيل المثال، قد تقبل مجموعتان من الباحثين البحث الدقيق الذي يُشير إلى أنّ الهَوس المستحث بواسطة مضادات الاكتئاب أعلى بنسبة 2.6 مرة في الأفراد المشخّصين بالاضطراب الثنائي القطب مقارنة بالأفراد المشخّصين باضطراب الاكتئاب الرئيسي. لكن، قد يختلفون بشأن هل هذا الفرق يكفي لاستنتاج أنّ وجود النوبة الهَوسية الخفيفة المستحثّة بواسطة مضادات الاكتئاب هو علامة تشخيصية موثوقة لثنائي القطب II. ربما هنالك خلاف أعمق بين المجموعتين حول كيفية تأويل الدقة أو ربما إحدى المجموعتين تعتقد أنّ معدّل الاختلاف للهَوس المستحث بواسطة مضادات الاكتئاب بين المرضى المصابين بثنائي القطب II واضطراب الاكتئاب الرئيسي لا يمكن تعميمه بشكل كاف لكي يُستخدم كعلامة تشخيصية. إنّ أولئك الذين يرغبون في عزل أبحاث الطب النفسي عن القيم غير الإبستمية بحاجة إلى تقديم تفسير لمصدر الخلاف الذي يتجنّب أي إشارة إلى القيم غير الإبستمية. إذا لم يستطع المرء تفسير مصدر الخلاف إلا من خلال الاحتكام إلى القيم غير الإبستمية، فإنّ مثل هذه القيم لا تزال تعمل في المراحل الداخلية للبحث. وعليه مادام هذا هو الحال، فإنّ باحثي الطب النفسي مازالوا يَبدون مسؤولين أخلاقياً عن مراعاة العواقب غير الإبستمية لتأويلهم المفضّل وترجيح القيم الإبستمية.

يواجه مقترح بيتز تحديات مماثلة. فمقترحه ينجح إلى الحد الذي يحتاج فيه الباحثون إلى استحضار القيم غير الإبستمية في المرحلة النهائية فقط من قرار قبول أو رفض الفرضيات المتعلقة بقرارات السياسة العامة. على الرغم من أنّ هذه هي على نحو مؤكد المرحلة التي تُقبل فيها الفرضيات أو تُرفض، إلا أنّ حجته تتجاهل المجموعة المتنوعة من القرارات التي يتخذها الباحثون خلال عملية البحث التي تكون لها عواقب غير إبستمية. فعلى سبيل المثال، في سياق البحث حول مدّة النوبات الهوسية الخفيفة لثنائي القطب II، يتخذ الباحثون

قرارات بشأن ما هي معايير الإدراج والاستبعاد التي يجب أن تكون موجودة للمشاركة في الدراسة، ومدّة الاختبار السريري، ومتى يجب إنهاء الاختبار السريري، إلى متى يجب متابعة المشاركين في البحث بعد انتهاء الاختبار، وهل مجموعات المشاركين ممثّلَة بشكل كاف، وكيف يجب التعامل مع حالات الاستنزاف، وهل تقارير المشاركين عن طول وشدّة نوباتهم موثوقة، وأمور أخرى. بطبيعة الحال، ستتفاوت العواقب المحتملة المقترنة مع كل من هذه القرارات في شدتها أو احتماليتها. ومع ذلك، لإنجاح حجة بيتز، يتعين عليه إظهار كيف يمكن للمرء تغليف الفرضيات في كل نقطة من نقاط البَتُّ المختلفة هذه. قد يكون ذلك ممكناً، لكنّ الفرضية الناتجة التي سيقبلها أو يرفضها المرء ستكون أكثر تعقيداً من الشيء البسيط كـ "النوبات الهوسية الخفيفة تستمر فقط 2-3 أيام في 27-30 بالمائة من الأفراد". وسيتعين على الباحثين إدراج احتمالات الخطأ لكل نقطة بَتُّ للقضاء بشكل تام على أي حاجة للجوء إلى القيم غير الإبستمية. من المشكوك فيه أن يتمكّن الباحثون بالفعل من تحديد احتمالات الخطأ هذه بشكل موضوعي، ناهيك عن القيام بذلك بطريقة تجعل الفرضية الناتجة مفيدةً لصنع-القرار العملي.

وعليه مادام المدافعين عن التصوّر الخالي-من القيمة غير قادرين على تقديم تفسير لكيف يمكن للقيم الإبستمية أن تحدد بمفردها المراجعات التشخيصية التي يجب اتخاذها أو لكيف يمكن للفرضيات المغلّفة أن تُقصي المجازفات الاستقرائية المقترنة بمثل هذه المراجعات، فمن غير الواضح كيف يمكن للمرء أن يستبعد القيم غير الإبستمية من المراحل الداخلية للبحث الطبي النفسي. إضافة إلى ذلك، سيكون من الصعب إعفاء باحثي الطب النفسي من مسؤولية مراعاة العواقب غير الإبستمية المقترنة بعملهم. فحتى لو لم يكونوا بالضرورة الأكثر تأهيلاً للحكم على الأضرار النسبية المقترنة بالمراجعات التشخيصية، لا يجب أن يكونوا الأفراد الوحيدين الذين يصدرون مثل هذه الأحكام. فالمجموعات الأخرى مثل المجالس الاستشارية، ومجالس المراجعة المؤسسية، وصانعو السياسة العامة، وعموم الناس قد تتشارك أيضاً في هذه

المسؤوليات. ومن خلال ضمان إشراك أصحاب مصلحة-مختلفين بشكل فاعل عبر عملية البحث، يمكن للمرء أن يقلل من احتمالية فرض الباحثين قيمهم على بقية المجتمع. يمكن للمرء كذلك أن يخفف من هذا القلق من خلال تشجيع العلماء - أو حتى الطلب منهم - على أن يكونوا أكثر شفافية بشأن القيم غير الإبستمية التي يستخدمونها أثناء تقييم معقولية المخاطر أو كفاية الأدلة، لأنّ ذلك سيتيح للمواطنين تقديم ملاحظات عن قرارات العلماء وضمان انعكاس قيمهم الخاصة في السياسة العامة. تمثّل فترة الملاحظات العامة لـ DSM-5 حول المراجعات المقترحة خطوةً أولى نحو تحقيق هذا الاقتراح. فعلى الرغم من أنّ هذه المقترحات تتطلّب المزيد من التوضيح، إلا أنها على الأقل تقترح طُرقاً محتملة لضمان عدم تمثيل قيم الباحثين بشكل غير متناسب في أي تصنيف ناتج أو قرارات متعلقة بالسياسة العامة.

References

American Psychiatric Association (1980), Task Force on DSM-III. In Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III, Arlington VA: American Psychiatric Pub Inc.

American Psychiatric Association (1994), Task Force on DSM-IV. In Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV, Arlington VA: American Psychiatric Pub Inc.

Anderson, E. (2004), Uses of Value Judgments in Science: A General Argument, with Lessons from a Case Study of Feminist Research on Divorce, Hypatia, 19:1-24.

Betz, G. (2013), In Defence of the Value Free Ideal, European Journal for Philosophy of Science, 3:207-220.

Biddle, J. (2013), State of the Field: Transient Underdetermination and Values in Science, Studies in History and Philosophy of Science Part A, 44:124-133.

Boorse, C. (1976), What a Theory of Mental Health Should Be, Journal for the Theory of Social Behaviour, 6:61-84.

Brown, M. (2013), Values in Science beyond Underdetermination and Inductive Risk, Philosophy of Science, 80:829-839.

Campaner, R. (2014), Explanatory Pluralism in Psychiatry: What Are We Pluralists About, and Why?, pp. 87-103. In New Directions in the Philosophy of Science.

M.C. Galavotti, D. Dieks, W. J. Gonzalez, S. Hartmann, T. Uebel, and M. Weber, eds. Dordrecht: Springer.

Colombo. M., Bucher, L., and Inbar, Y. (2016), Explanatory Judgment, Moral Offense

and Value-Free Science, Review of Philosophy and Psychology, 7:743-763.

Cooper, R. (2016), First Do No Harm? What Role Should Considerations of Potential Harm Play in Revising the DSM?, Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 23:103-113.

Cranor, C. (1993), Regulating Toxic Substances. A Philosophy of Science and the Law, New York: Oxford University Press.

Cranor, C. (2006), Toxic Torts: Science, Law and the Possibility of Justice, Cambridge: Cambridge University Press.

Douglas, H. E. (2000), Inductive Risk and Values in Science, Philosophy of Science, 67:559-579.

Douglas, H. E. (2003), The Moral Responsibilities of Scientists (Tensions between Autonomy and Responsibility), American Philosophical Quarterly, 40:59-68.

Douglas, H. E. (2009), Science, Policy, and the Value-Free Ideal, Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press.

Duhem, P. (1914/1954), The Aim and Structure of Physical Theory, trans. from 2nd edition by P. W. Wiener, Princeton, NJ: Princeton University Press.

Elliott, K. (2013), Douglas on Values: From Indirect Roles to Multiple Goals, Studies in History and Philosophy of Science Part A, 44:375-383.

Elliott, K. and Willmes, D. (2013), Cognitive Attitudes and Values in Science, Philosophy of Science, 80:807-817.

First, M. and Frances, A. (2008), Issues for DSM-V: Unintended Consequences of Small Changes: The Case of Paraphilias, The American Journal of Psychiatry, 165:1240-1241.

Forbes, D., Fletcher, S., Lockwood, E., O'Donnell, M., Creamer, M., Bryant R. A., McFarlane, A., and Silove, D. (2011), Requiring Both Avoidance and Emotional Numbing in DSM-V PTSD: Will It Help?, Journal of Affective Disorders, 130:483-486.

Frances, A. (2010), Opening Pandora's Box: The 19 Worst Suggestions for DSM-5, Psychiatric Times, 27.

Frances, A. (2013), DSM in Philosophyland: Curiouser and Curiouser, pp. 95-103. In Making the DSM-5. J. Paris and J. Phillips, eds. New York: Springer.

Frances, A. and Jones, K. D. (2012), Bipolar Disorder Type II Revisited, Bipolar Disorders, 14:474-477.

Fulford, K. (1989), Moral Theory and Medical Practice, Cambridge: Cambridge University Press.

Ghaemi, N. (2010), Couch-Pragmatism, Psychiatry Times, 27:16-21.

Ghaemi, N.(2013), Taking Disease Seriously: Beyond "Pragmatic" Nosology, p. 42. In Philosophical Issues in Psychiatry II: Nosology. K. Kendler and J. Parnas, eds. Oxford: Oxford University Press.

Hempel, C. (1965), Science and Human Values, pp. 81-96. In Aspects of Scientific Explanation and other Essays in the Philosophy of Science, New York: The Free Press.

Hicks, D. (2014), A New Direction for Science and Values, Synthese, 191:3271-3295. Johnson, L. (2016), Inference and Inductive Risk in Disorders of Consciousness, AJOB Neuroscience, 7:35-43.

Kendler, K. (2014), The Structure of Psychiatric Science, American Journal of Psychiatry, 171:931-938.

Kendler, K., Kupfer, D., Narrow, W., Phillips, K., and Fawcett, J. (2009), Guidelines for Making Changes to DSM-5. URL= www.dsm5.org/ProgressReports/Documents/

Guidelines-for-Making-Changes-to-DSM_1.pdf. Longino, H. (1996), Cognitive and Non-Cognitive Values in Science: Rethinking the Dichotomy, pp. 39-58. In Feminism, Science, and the Philosophy of Science, L.

H. Nelson and J. Nelson, eds. Dordrecht: Springer.

Mitchell S. D. (2004), The Prescribed and Proscribed Values in Science Policy, pp. 245-255. In Science Values and Objectivity. P. Machamer and G. Wolters, eds. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press.

Moynihan, R., Cooke, G. P. E., Doust, J. A., Bero, L., Hill, S., and Glasziou, P. P. (2013), Expanding Disease Definitions in Guidelines and Expert Panel Ties to Industry: A Cross-Sectional Study of Common Conditions in the United States, PLoS Medicine, 10:e1001500.

Phelps, J. and Ghaemi, N. (2012), The Mistaken Claim of Bipolar "Overdiagnosis": Solving the False Positives Problem for DSMActa Psychiatrica

Scandinavica, 126:395-401.Phillips, K. A., Wilhelm, S., Koran, L. M., Didie, E. R., Fallon, B. A., Feusner, J., and Stein, D. J. (2010), Body Dysmorphic Disorder: Some Key Issues for DSM Depression and Anxiety, 27:573-591.

Quine, W. V. O. (1951), Two Dogmas of Empiricism, pp. 20-46. In From a Logical Point of View, 2nd edition. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Rooney, P. (1992), On Values in Science: Is the Epistemic/Non-epistemic Distinction Useful?, Philosophy of Science, 1:13-22.

Sadler, J. (2005), Values and Psychiatric Diagnosis, vol. 2. Oxford: Oxford University Press.

Steel, D. (2010), Epistemic Values and the Argument from Inductive Risk, Philosophy of Science, 77:14-34.

Steel, D. and Whyte, K. P. (2012), Environmental Justice, Values, and Scientific Expertise, Kennedy Institute of Ethics Journal, 22:163-182.

Van Bouwel, J. (2014), Pluralists about Pluralism? Different Versions of Explanatory Pluralism in Psychiatry, pp. 105-119. In New Directions in the Philosophy of

Science. M. C. Galavotti, D. Dieks, W. J. Gonzalez, S. Hartmann, T. Uebel, and M. Weber, eds. Dordrecht: Springer.

Wakefield, J. C. (1992), The Concept of Psychiatric Disorder: On the Boundary between Biological Facts and Social Values, American Psychologist, 47:373-388.

Wakefield, J. C. (2010), Misdiagnosing Normality: Psychiatry's Failure to Address the Problem of False Positive Diagnoses of Mental Disorder in a Changing Professional Environment, Journal of Mental Health, 19:337-351.

الفصل الحادي عشر

التفسير السببي في الطب النفسي

توماس ك. بيرنو

المقدّمة

إنّ الهدف الرئيسي لمساعينا العلمية هو تزويدنا بصورة دقيقة عن البنية السببية للعالم. فامتلاك فهم صحيح ودقيق عن العلاقات السببية الحقيقية يُتيح لنا التحكم والتلاعب، وهو أمر مفيد في جميع التخصصات. هذا الطموح قويٌ بشكل خاص في العلوم الصحية، فهو يهدف إلى تزويدنا بفهم عن أسباب وآليات الأمراض لتمكيننا من القيام بتدخلات سريرية ووقائية فعالة. لذلك فإنّ من بين أهم الأسئلة في فلسفة الطب يجب أن تكون هذه: ما هو "التسبيب"، وما هو "التفسير السببي"، وما هي "الفعالية السببية"؟

على الرغم من أنّ التفسير السببي يحتل مكانة مركزية في جميع العلوم الصحية، إلا أنّ الطب النفسي يُعدّ مميزاً من جهة أنه متأثر بمشكلة العقل-الجسد ومسألة التسبيب الذهني، المتمثلة في كيف، أو هل، يمكن أن يتفاعل العقلي والفيزيائي مع بعضهما البعض. يقدّم هذا الفصل الأدوات التي يمكن من خلالها تحليل هذه المسائل في الطب النفسي ومناقشة بعض طرق معالجة هذه المشاكل في ضوء بعض التطورات الحديثة في فلسفة العلم. على الرغم من أنّ هذه المشاكل ليست سهلة، وخطيرة بشكل خاص في سياق الطب النفسي، إلا أنّ المناقشات الأخيرة حققت بعض التطورات الهامة التي لديها القدرة على تعزيز فهمنا للهوية العلمية للطب النفسي.

تتجسّد مشكلة العقل-الجسد في السياق الطبي النفسي على أنها توتر بين

الطرق النفسية والفيسيولوجية لتفسير الاضطرابات الذهنية. لذلك، فإنّ موقفك من مسألة كيفية ارتباط الذهني والفيزيائي، أو هل هما في تفاعل سببي، يرتبط مباشرة بنوع البحث الطبي النفسي وأنواع التدخلات السريرية الملتزم به\ها. ما يلي سيحدد الخطوط العريضة للعناصر الفلسفية الأساسية لهذه المشكلة. حيث يُظهر كيف أنّ امتلاك تفسير صلب مدعوم علمياً وفلسفياً للتسبيب يمكن أن يساعد على التوفيق بين الحدس الذي مفاده أنّ الحالات الذهنية يمكن أن تعمل كأسباب ونتائج وفكرة أنّ الواقع فيزيائي تماماً. على أية حال، سيتم تقصّي المشكلة المعنية بهذه الرؤية كذلك. يتطلب التمسّك بفكرة التسبيب الذهني الحقيقي (المستقل) افتراض أنّ الحالات الذهنية لا يمكن أن تتماهى مع الحالات العصبية (أو الجسدية). على الرغم من أنّ هذا الافتراض يمكن أن يلقى دعماً في الطب النفسي الحالي، إلا أنّ هنالك أيضاً أسباباً للتشكيك، كما سيظهر في النهاية.

التسبيب في العلم والطب

ما هو التفسير العلمي؟

دعونا نرجع عدة خطوات إلى الوراء وننظر إلى المشروع العلمي من على مسافة. ما الذي نسعى إلى القيام به في العلم؟ ما هو الهدف النهائي؟ بالطبع، هنالك العديد من الإجابات المستنيرة والجيدة بشكل تام على هذا السؤال، لكن في نفس الوقت من الواضح أنّ هناك إجابة واحدة مهمة بشكل خاص: نحن نسعى إلى الحصول على صورة دقيقة للبنية السببية للعالم. لماذا؟ لأنّ امتلاك فهم صحيح عن العلاقات السببية الفعلية في العالم يمكّننا من تنفيذ استراتيجيات فعالة للتحكم والتلاعب بالعالم وفقاً لحاجاتنا ورغباتنا. إذا كان هناك اهتمام عملي بالعلم، كما هو الحال بالتأكيد، فيجب أن يكون الأمر كذلك.

بطبيعة الحال، ينطوي العلم على أكثر من البحث عن التفسيرات السببية. فعلى سبيل المثال، من غير الواضح على الإطلاق - أو على الأقل سيكون مثيراً

للجدل إلى حدٍ كبير الادّعاء بـ - أنّ مثل هذه الحقول المجرّدة كالفلسفة أو المنطق أو الرياضيات أو الفيزياء النظرية تشارك بأي شكل من الأشكال في التحقيق الذي يهدف إلى تزويدنا بفهم للبنية السببية للعالم الفعلي. على أية حال، من الواضح في نفس الوقت أنّ جزءاً كبيراً من، إن لم يكن كل، العلوم التي نعتبرها "تجريبية" تفعل ذلك بالضبط، من الكيمياء إلى علم النفس، ومن البيولوجيا إلى علم الاقتصاد. علاوة على ذلك، يُعدّ الطب مجالاً للتحقيق يُلاءم هذا النموذج على نحوٍ جيد، وعبر عدة طرق مترابطة بينياً.

التسبيب وكونه مركزياً في الطب: التشخيص، الوقاية، العلاج

يُعدّ علم الأسباب فكرةً مركزيةً في الطب. فعلم الأسباب، كما يُفهم عادة، هو دراسة أسباب أو أصول المرض، أو الاضطراب، أو الحالة التي يُعتقد أنها تتطلب اهتماماً علاجياً. إذا ما تأملت فيه لبرهة، وفكّكتَ دلالات المصطلح في عقلك، فسترى أنه يحمل وظيفتين أو معنيين مختلفين في الطب. الأول، علم الأسباب هو مكوّن أساسي للتشخيصات: تلعب معرفة أين وكيف نشأت الحالة المعينة دوراً حاسماً في تحديد هوية الحالة. إنّ ما هو مركزي في الطب، وما هو محل اهتمام خاص في الطب النفسي، هو ترسيم الحدود بين المرَضي و"الطبيعي" (فيسيولوجياً\نفسياً). وعلم الأمراض، بدوره، هو دراسة أسباب وأصول المرض أو الاضطراب - أي (الممرضات [كالبكتيريا، الفيروسات]) ذات المصدر الخارجي للحالة المختلّة وظيفياً، أو غير الطبيعية للعضو أو الكائن الحي. لذلك، ينبغي أن يكون واضحاً أنّ امتلاك معلومات موثوقة عن أصول الحالة يُعدّ مفيداً من الناحية التشخيصية. إضافة إلى ذلك، إنّ هذه المعلومات مفيدةٌ لما هو أبعد من تشخيص الحالات المعنية، لأنّ ثانياً، وربما الأهم، الطب ليس معنياً بدراسة الأمراض فقط، بل كذلك وعلى نحوٍ أساسي بالوقاية من الأمراض والحالات الأخرى التي نعتبرها ضارة. بطبيعة الحال، كلما امتلكنا معلومات أدق عن أسباب الحالة المعنية، كلما كنّا أكثر نجاحاً في منع ظهور الحالة.

لكن هنالك طريقة أخرى وربما أكثر جوهرية من حيث إنّ المعلومات السببية تُصبح متشابكة مع الممارسة الطبية. دعنا نستخدم علم أصول الكلمات كدليل مرة أخرى: تعني كلمة "الطب" التمرّس على تقديم الاهتمام والرعاية للمريض والمصاب (Charen 1951). وهذا ما يسعى إليه الطب أولاً وقبل كل شيء: تخفيف المعاناة، الفيزيائية والذهنية، وفي النهاية، شفاء أولئك الذين يعانون من الأمراض، أو الاضطرابات، أو الإصابات، أو الحالات الأخرى التي تُعتبر مؤذية. بعبارة أخرى، يسعى الطب إلى نتائج محددة، ملموسة إلى حدٍ ما، ومفيدة بشكل فعلي، على المستويين الشخصي والشعبي. وهذا بدوره يجعل البحث عن ممارسات وعلاجات مؤثرة هو المبتغى الرئيسي للطب. وبذلك هنالك حاجة ثابتة لتحديد التدخلات الفعالة إزاء الحالة المعنية، ولتمييزها بعناية عن التدخلات غير الفعالة (أو غير الفعالة إزاء تلك الحالة المعينة). ففي إحدى النواحي تجسّد هذه الطبيعة الجوهرية للطب صِراعاً ضد الدجل و"الطب البديل" - صِراعاً ضد التدخلات غير الفعالة أو حتى الضارة، التي يتم الترويج لها على أنها فعالة.

ينشأ من هذا الاهتمام كذلك اهتمام أعم بالتقييم المستمر لفعالية الممارسات الطبية وبتطوير أدوات أفضل للتقييم الدقيق لتلك الممارسات - أي فكرة "الطب القائم-على الأدلة" ذاتها - وبالتالي، الاهتمام المتنامي بالتأثير الدوائي الوهمي [placebo effect]، والحاجة إلى فصل التدخّلات الطبية "الفعالة حقاً" عن الفعالة ظاهرياً فقط. وهكذا، يبدو أنّ الطب منخرط بشكل كامل في فكرة الفعالية السببية. وبما أنّ فكرة التسبيب مركزيةٌ جداً في الطب، فمن بين أهم الأسئلة في فلسفة الطب هي: ما هو "التسبيب"، وما هو "التفسير السببي"، وما هي "الفعالية السببية"؟ هذه هي الأسئلة المهمة والقديمة للميتافيزيقيا وفلسفة العلوم، ويتعين على المرء أن يستعد للتعامل مع عمق وتعقيد المشاكل المقترنة بها بشكل متواضع. ومع ذلك، سيكون من الخطأ في نفس الوقت ترك المرء يسقط في اليأس ويخلص إلى أنّ هذه الأسئلة أصعب وأعمق من أن تستحق أي اهتمام منهجي. لن يكون هذا مؤسفاً فحسب بل

ضعيف الأساس، لأن الكثير من التطورات الحديثة في الميتافيزيقيا وفلسفة العلم قد جعلت في الواقع هذه القضايا قابلة للتتبّع منهجياً. فالفلسفة قد تقدّمت، وتحليل مسألة التفسير السببي في الطب النفسي هو في الواقع وسيلة مفيدة بشكل خاص لتوضيح ذلك. فوجود فهم دقيق لبعض الأفكار الأساسية لفلسفة العلم الحديثة وفلسفة العقل مفيدٌ بشكل ملموس في معالجة العديد من الأسئلة التأسيسية للطب النفسي.

ما هو التسبيب؟

التسبيب: الاعتماد مقابل الإنتاج

على الرغم من أنّ هنالك عدداً من التفسيرات المطوَّرة بشكل جيد عن التسبيب في الفلسفة الحالية (الفاعلية [agential]، المغايرة للحقائق، التدخّلية، العملية الفيزيائية، الاحتمالية، التنظيمية، وما إلى ذلك)، إلا أنّ المرء يمكنه أن يقدّم تمييزاً تصنيفياً مفيداً للغاية، تمييزاً مفيداً بشكل خاص في السياق الحالي. فمن ناحية، هنالك تفسيرات تؤكد على فكرة أنّ التسبيب هو مسألة اعتماد متبادل للأحداث أو المتغيرات. ومن ناحية أخرى، هنالك تفسيرات تؤكد على فكرة أنّ التسبيب هو مسألة إنتاج أو عملية فيزيائية (Hall 2004). يتضمن المعسكر الأول، بشكل بارز، التفسيرات المغايرة للحقائق [counterfactual] (Lewis 1973)، التدخّلية [interventionist] (Woodward 2003)، الاحتمالية [probabilistic] (Eells 1991; Suppes 1970; Williamson 2004)، المعادلة الهيكلية أو النمذجة السببية [causal modeling] (Halpern 2016; Pear 200; Spirtes et al. 2000). أما المعسكر الثاني فيتضمن تفسيرات المسار السببي [causal line] (Russell 1948)، الكمية المحفوظة [conserved quantity] (Dowe 1992, 2000; Salmon 1997)، تحوّل الطاقة (Castaòeda 1980; Fair 1979)، انتقال الإشارة [mark transmission] (Salmon 1984)، القوة الفيزيائية (Bigelow et al. 1988; Bigelow & Pargetter 1990)، استمرارية الخاصية [trope persistence] (Ehring

1997, 2003; Kistler 1998, 2006). بطبيعة الحال، هنالك تداخل ملحوظ بين هذه الرؤى، لكن هذا التداخل عادة ما يكون بين التفسيرات التي تقع في نفس الفئة. ومن النادر جداً، إن وجد، أن تتسرب الأفكار من أحد التفسيرات عبر الحدود إلى تفسير آخر في المعسكر المنافس.

هذا التمييز له أهمية خاصة في سياق الطب النفسي، ذلك أنّ التوتر بين التفسيرات النفسية والفسيولوجية يمكن اعتباره متجذّراً في هذا التمييز، أو شيء أقرب إلى ذلك. على الرغم من أنّ هنالك فروقات دقيقة مختلفة في النظريات، إلا أنّ هنالك نقطة انطلاق مركزية واحدة لجذب الانتباه إلى: المواقف المختلفة التي يتبناها النوعان المنفصلان من نظريات التسبيب بشأن مسألة المحلية السببية (cf. Dowe 2004; Schaffer 2004). سنحتاج إلى الاعتماد على فكرة حدسية وخامّة للغاية عن المحلية هنا، لكنّ الفكرة الأساسية يجب أن تبقى واضحة نسبياً. فما تتطلّبه تفسيرات الاعتماد للعلاقة السببية الصحيحة هو مجرّد أنّ بعض أجزاء العالم (أو تمثيلاتها) تعتمد على بعضها البعض بطريقة محددة بواسطة النظرية (بشكل مغاير للحقائق، احتمالي، إلخ.). في المقابل، ما تتطلبه تفسيرات الإنتاج هو أنّ هذه الأجزاء من العالم (وليس تمثيلاتها) مرتبطة فيزيائياً مع بعضها البعض (أو أنّ الاعتماد السببي دائماً ما يمكن إرجاعه إلى هذا الارتباط الفيزيائي الملموس). بعبارة أخرى، إنّ ما تتطلبه التفسيرات الأخيرة هو وجود سلسلة مستمرة وغير منقطعة للأحداث من الأسباب إلى النتائج؛ وتكمن اختلافاتها في الطرق التي تحدّد بها ما ترقى إليه هذه السلسلة المستمرة من الأحداث بالفعل.

ما هي الرؤية الأكثر "علمية" بشأن التسبيب؟

قد تبدو رؤية الإنتاج الفيزيائي للتسبيب في البداية أكثر صلابة وعلمية، لكن هذا المظهر هو محض خداع. أولاً، على الرغم أنه من المعقول حدسياً الاعتقاد بأنّ العلاقات السببية الأصيلة هي تفاعلات محلية ملموسة، - هذا ما

يبدو أنّ الرؤية العالمية العلمية الفيزيائية تشير إليه- إلا أنّ مجموعة واسعة من الحالات الواضحة حدسياً عن التفاعل السببي لا تستفد من هذه الأفكار، على الأقل ليس بأي طريقة واضحة. فعلى سبيل المثال، يبدو من الصحيح تماماً أن نقول إنّ التدهور الاقتصادي الكبير في الثلاثينات، الكساد الكبير، سبَّبَ عدداً من حالات الانتحار عبر أوروبا والولايات المتحدة. وليس من الصعب التفكير في أمثلة أخرى عن الادّعاءات السببية القوية التي نجدها مستحيلة الترجمة إلى لغة الشد والجذب الفيزيائي. علاوة على ذلك، عادة ما يمكن أن تعمل الغيابات وحالات السهو كأسباب ونتائج جيدة تماماً، لكن مثل هذه الأمور "لا مكان" لها، **بحكم التعريف**، وبالتالي ستكون غير مناسبة لتضمينها في أي من التفاعلات الفيزيائية. فعلى سبيل المثال، يبدو من الصحيح تماماً أن نقول إنّ فشل المريض في تناول دوائه سبَّب له نوبة ذهانية. إذا كان الفشل، غياب الدواء، عمِل كسبب في هذا السيناريو، فمن الواضح أنه لا يمكن أن يعمل كمُنتِج محلي للنتيجة.

ثانياً، والأهم، تعكس رؤية الاعتماد كيفية حدوث التفكير السببي في مجموعة متنوعة من التخصصات العلمية على نحوٍ أفضل مقارنة برؤية الإنتاج الفيزيائي. فالعلم يعمل، في معظم الحالات النموذجية، من خلال تحليل مجموعات البيانات لتحديد الروابط الثابتة والمتكررة بين نقاط البيانات المختلفة. بعبارة أخرى، إنّ ما يحاول المرء القيام به، هو اكتشاف العلاقات السببية الأصيلة من البيانات التجريبية باستعمال مناهج إحصائية مختلفة. يعتمد الإطار السببي ما قبل النظري المطبّق في هذا النوع من التحليل على الاعتمادات الإحصائية (المغايرة للحقائق، الاحتمالية)، وليس على الإنتاج الفيزيائي الملموس. وبذلك، بالنظر إلى الممارسة العلمية الفعلية، سيكون من الأنسب اعتبار رؤية الاعتماد الرؤية "الأكثر علمية" بين الاثنين.

على أية حال، هنالك ارتباط دقيق بين الرؤيتين غالباً ما يُخفق في الحصول على الكثير من الانتباه الذي يستحقه. فالمشكلة الفلسفية الرئيسية هنا

هي أنه يبدو أنّ المرء يحتاج إلى استكمال التحليل الإحصائي البحت مع معلومات أخرى ملموسة على نحوٍ أكبر للوصول إلى استنتاجات سببية موثوقة. بالطبع سيقدّم التحليل الإحصائي نتائج إحصائية فقط، لكنّ التسبيب بطبيعته هو شيء مختلف عن الترابط الإحصائي. ففي العلوم الصحية، بشكل خاص، نادراً ما تؤخذ الأدلة الإحصائية البسيطة على أنها كافية لتسويغ الدعاوى السببية. وللوصول إلى استنتاجات سببية مقبولة بشكل عام، تحتاج الأدلة الإحصائية إلى أن يتم استكمالها بفهم ميكانيكي (cf. Russo & Williamson 2007). فعلى سبيل المثال، التدخين يُعتقد بشكل عام أنه يُسبِّب سرطان الرئة ليس لأنّ سرطان الرئة والتدخين مرتبطان بشكل إحصائي فحسب، بل لأننا نعرف ما هي مكونات السجائر، ونعرف كيف أنّ استهلاكها يرتبط ميكانيكياً بتغييرات عند المستوى الخلوي تؤدي إلى نشوء السرطان. والآن، عندما تبدأ بتحليل هذا التفكير، سترجع بسهولة إلى رؤية التسبيب على أنه نوعٌ ما من العلاقة المحلية للإنتاج الفيزيائي. هذا التوتر، أو التفاعل، إذا ما كنتَ ترغب في رؤية الارتباط في ضوء أكثر إيجابية، بين هاتين الرؤيتين حول التسبيب يمكن اعتباره ملموساً بشكل خاص في الطب النفسي حيث تكون مسألة كيفية ارتباط الاضطرابات الذهنية وركائزها النفسية حاضرةً بشكل مستمر وملموس.

التفسير التدخّلي للتسبيب

بصرف النظر عن هذا التنبيه، دعونا نلقي نظرة فاحصة على تفسيرٍ محدد بشكل جيد عن التسبيب. ولجعل المناقشة دقيقة قدر الإمكان، فإنّ ما يلي سيعتمد على التفسير التدخّلي للتسبيب، وهو ممثِّل بارادايمي عن رؤية الاعتماد. هنالك الكثير من الأسباب لتبني هذا التفسير. أولها، إنّ الرؤية محددة بشكل دقيق ومدروسة بشكل واسع في فلسفة العلم الحديثة، ويمكن للمرء أن يقول إنها أصبحت الرؤية المهيمنة للتسبيب في الفلسفة الحالية. ثانياً، يرتبط هذا التفسير بشكل وثيق بالممارسة العلمية، ويناسب تحليل الدعاوى السببية في العلوم الصحية بشكل جيد. ثالثاً، لقد حظيَ بالاهتمام في فلسفة الطب النفسي الحديثة،

وقد ادُّعِيَ أنه تمّ إيجاد حلول جديدة لعدد من المشاكل الأساسية في الطب النفسي بمساعدة هذا النوع من الفهم للتسبيب (e.g., Campbell 2008a-b, 2009; Kendler 2011; Kendler & Campbell 2009; Woodward 2008).

يدمج التفسير التدخّلي للتسبيب العديد من الأفكار من التفسيرات المختلفة لرؤية الاعتماد، كتفسيرات القوة الفاعلة، المغايرة للحقائق، المعادلة الهيكلية بشكل خاص. وفقاً للنزعة التدخّلية، إنّ الدعاوى السببية هي دعاوى حول نتائج التدخّلات الافتراضية في السيناريوهات المغايرة للحقائق (e.g., Halpern 2016; Pearl 2000; Woodward 2003). هنالك مكونان رئيسيان في هذا التفسير. الأول، إنّك بحاجة إلى تحديد مجموعة من المتغيرات (مثل، (C, E)) التي تُشكِّل نطاق الكيانات أو الأحداث قيد التحقيق. الثاني، تقوم بتعريف مجموعة المعادلات الهيكلية المحدِّدة للاعتمادات المختلفة للمتغيرات في النطاق (مثل، (إذا C = 1، فإنّ E = 1) و(إذا C = 0، فإنّ E = 0)). وبالتالي، فإنّ العلاقات السببية هي ببساطة أنماط من الترابطات بين قيم المتغيرات تحت التغييرات الافتراضية فيها. وبتعبير أدق، إنّ المتغيّر C هو سبب للمتغيّر E (في النطاق المعطى) فقط في حالة وجود تدخّل على قيمة C الذي سينتج عنه تغييراً في قيمة E.

بالطبع، هنالك تفاصيل تقنية مختلفة لهذا التفسير، لكن هذه الفكرة التقريبية يجب أن تكون كافية لتحديد معالم القضايا الأساسية التي نواجهها في الطب النفسي فيما يتعلق بالتفسير السببي. على أية حال، هنالك قضيتان فلسفيتان تستحقان الإشارة إليهما هنا. الأولى، تقدّم النزعة التدخّلية تحليلاً غير اختزالي للتسبيب. لاحِظ أنّ التحليلات النموذجية هي اختزالية من جهة أنها تحلل فكرة التسبيب بشكل تام من خلال مصطلحات غير سببية: على سبيل المثال التفسير المغاير للحقائق يحلل العلاقة السببية إلى اعتمادات مغايرة للحقائق، والتفسير الاحتمالي إلى اعتمادات احتمالية، وتفسير التحوّل إلى تحوّل للطاقة، وهلم جرّاً. على أية حال، إنّ التدخّل هو فكرة سببية على نحو واضح، ويُستخدم لتعريف ما هو التسبيب. الثانية، إنّ النزعة التدخّلية هي بشرية التمركز،

أو على الأقل لها مكوّن ذو تمركز بشري قوي: تكون الدعاوى السببية منطقية فقط في السياقات التي يمكن فيها تنفيذ التدخّلات ذات الصلة. قد يعترض البعض بأنّ هذا من شأنه أن يترك عدداً من العمليات السببية الموضوعية خارج التحليل - على سبيل المثال، كيف يجب أن نفسّر التأثيرات الكونية للثقوب السوداء؟ - ونجادل، بالتالي، أننا يجب ألا نقبل النزعة التدخّلية باعتبارها التحليل الكامل أو النهائي للتسبيب. على الرغم أنه من المهم أن نكون على دراية بكلتا هاتين المسألتين الحرجتين، إلا أنه من الممكن افتراض أنّ التحليل لا يزال مفيداً، على الأقل في السياق الحالي، كما سيوضّح ذلك التالي.

التسبيب و"مستويات الواقع"

الطب النفسي ومشكلة العقل-الجسد

إنّ فهم التفسير السببي هو أمر أساسي لفهم كيفية عمل الطب. على أية حال، في الطب النفسي، نواجه مسألة التفسير السببي في بيئة صعبة على نحوٍ خاص. على الرغم من أنّ الطب معقدٌ برمّته - بمعنى كونه متعدد العوامل ومتعدد الطبقات - إلا أنّ الطب النفسي يحتل مستوى تعقيد خاصاً به: فالطب النفسي يسعى إلى فهم العالم الذهني، والقيام بذلك عن طريق التنقّل بين الرؤى الفيزيائية والذهنية حول الواقع. بمعنى آخر، إنّ الطب النفسي برمّته متشابك تماماً مع مشكلة العقل-الجسد، ومشكلة كيف (وهل) يمكن أن يتفاعل الذهني والفيزيائي.

إنّ تفكيك العلاقة بين الذهني والفيزيائي هو أمر صعب على نحوٍ ملحوظ. ومع ذلك، فإنّ هذه مسألة أخرى تمّ فيها إحراز تقدّم فلسفي حقيقي، ونحن في وضع يسمح لنا بصياغة المشكلة، أو على الأقل بعض الأجزاء منها ذات الصلة، بشكل أكثر دقة من أي وقت مضى، وبالتالي، يمكننا أيضاً الوصول إلى نتائج دقيقة مع إمكانية للتطبيقات الملموسة. إنّ امتلاك فهم صحيح لهذه التطورات هو أمر حاسم لفهم أسس الطب النفسي.

ما هو "الذهني" إذن، في مقابل "الفيزيائي"؟ وما هو الفرق بينهما؟ على الرغم من أنّ هنالك عدداً من الأمور التي يجب الانتباه إليها (cf. Pernu 2017)، إلا أنّ السِمتين التاليتين لهما أهمية خاصة في هذا السياق: الأولى، إنّ حالاتنا الذهنية ذات معنى، أي أنها تشير إلى أشياء أو أحداث خارج نفسها وخارج الأدمغة المتمركزة فيها؛ الثانية، إنّ حالاتنا الذهنية، إحساساتنا على وجه الخصوص، يرافقها محتوى ذاتي ظاهراتي خاص، شعور لـ ماذا يعني امتلاك تلك الخبرة المعينة. بعبارة أخرى، إنّ القصدية والوعي الذاتي هما السِمتان الرئيسيتان لحيواتنا الذهنية. ربما ليس هنالك شيء أكثر حقيقة بالنسبة لنا من المحتوى الظاهراتي وذي المعنى دلالياً لحالاتنا الذهنية. لكن مع ذلك، نجد أنه من الصعب، إن لم يكن من المستحيل تماماً، تفسيرها من خلال عبارات نتمسك بها في نهاية المطاف على أنها حقيقية من ناحية أخرى - أي من خلال العلوم الموضوعية والميكانيكية للفيزياء والبيولوجيا.

النزعة الفيزيائية غير الاختزالية وفكرة أنّ الذهني متعدد التحقق بواسطة الفيزيائي

دعونا الآن نعتبر أنه من المُسلّم به أنّ التحدّث بعبارات نفسية أمر طبيعي ومفيد بالنسبة لنا، وأنّ استبدال طريقة التحدّث هذه بلغة فيزيائية على نحوٍ تام أمرٌ غير مناسب بالنسبة لنا. لكنّ السؤال لا يزال قائماً: كيف ينبغي لنا بالضبط أن نتصوّر الذهني متميزاً عن الفيزيائي؟ كيف يجب فهم الاختلاف بينهما من جهتنا لكي نفهم الارتباط الذي نُدرك كذلك وجوده بينهما؟ تتمثل الطريقة النموذجية للتفكير حول الارتباط في الفلسفة الحالية بتصوّر الذهني على أنه يعتمد بشكل تام على الفيزيائي، ومع ذلك متميز عنه. كيف تحتفظ بكعكة أحدهم وتتناولها أيضاً [في نفس الوقت]؟ من خلال التمسّك بأنّ الذهني دائماً ما يتحقق فيزيائياً - أياً ما كان يؤلف الأساس الفيزيائي للحالة الذهنية المعينة فهو يحدد حدوث تلك الحالة الذهنية برمّتها - وكذلك من خلال التمسّك بأنّ الذهني متعدد التحقق - أي أنّ كل حالة ذهنية كان يمكن أن تمتلك أساساً

فيزيائياً بديلاً. هذه هي الفكرة الأساسية للفيزيائية غير الاختزالية، الرؤية السائدة في فلسفة العقل الحالية.

ليس من الصعب تقدير هذه الرؤية، ومن السهل رؤية كيف يمكن أن تكون أصلية في الطب النفسي. فهي واحدية: العالم هو في النهاية فيزيائي، من دون عوالم أو كيانات منفصلة. لكنها تترك مجالاً لاستقلال علم النفس: الذهني هو اعتمادي، لكنه غير متماهي أو قابل للاختزال إلى الفيزيائي. لا عجب أنّ الرؤية شائعة؛ فهي تبدو أنها تقدّم شيئاً ما للجميع. كيف، إذن، ينبغي فِهم الفكرة المركزية، أطروحة تعددية التحقق؟ وفقاً لهذه الرؤية، إنّ نفس الحالات الذهنية - أو من حيث المبدأ جميع الحالات الوظيفية ذات المستويات العليا - يمكن لها مبدئياً وعملياً الظهور في تكوينات مادية مختلفة. فالأشخاص المختلفون يتشاطرون نفس الأفكار حتى لو لم تكن أدمغتهم متماثلة، والأنواع المختلفة تتشاطر وظائف ذهنية مماثلة حتى لو كانت مختلفة جذرياً من الناحية البيولوجية، والكمبيوترات والروبوتات يمكن أن تتصرّف بذكاء، وهي مصممة لتشبهنا، لكن مع ذلك يختلف تكوينها المادي بشكل تام عن تكويننا. تبدو فكرة التحقق المتعدد طبيعية للغاية بالنسبة لنا.

تكمن في صميم هذه الأطروحة فكرة أنّ الوظائف (النفسية) هي تنفيذ مستقل. ففي الحوسبة، يمكنك تنفيذ نفس البرنامج على أجهزة مختلفة، كما هو الحال غالباً، ومن حيث المبدأ يمكنك أن تبني كمبيوترات قوية من العِصي والحجارة، إذا جازَ التفكير. في الواقع يُعدّ الأمر جذّاباً للغاية التفكير في الطب النفسي باعتباره علماً يركّز على برنامج العقل، وعلم الأعصاب [يركّز] على الجهاز. فهو في كثير من الأحيان تشبيه نيّر وملائم. إنّ كلتا رؤيتي النظام (نظام العقل-الجسد) صحيحتان، فهنالك تدخّلات فعالة على كلا المستويين، وهنالك تقسيم دقيق للعمل حيث يتم تمييز فائدة كلا النوعين من المهندسين. فأنت بحاجة إلى جهاز وظيفي لتشغيل البرنامج المحدد. لكن غالباً ما تكون الأعطال الوظيفية الظاهرة هي أعطال وظيفية في البرنامج، وليس في الجهاز.

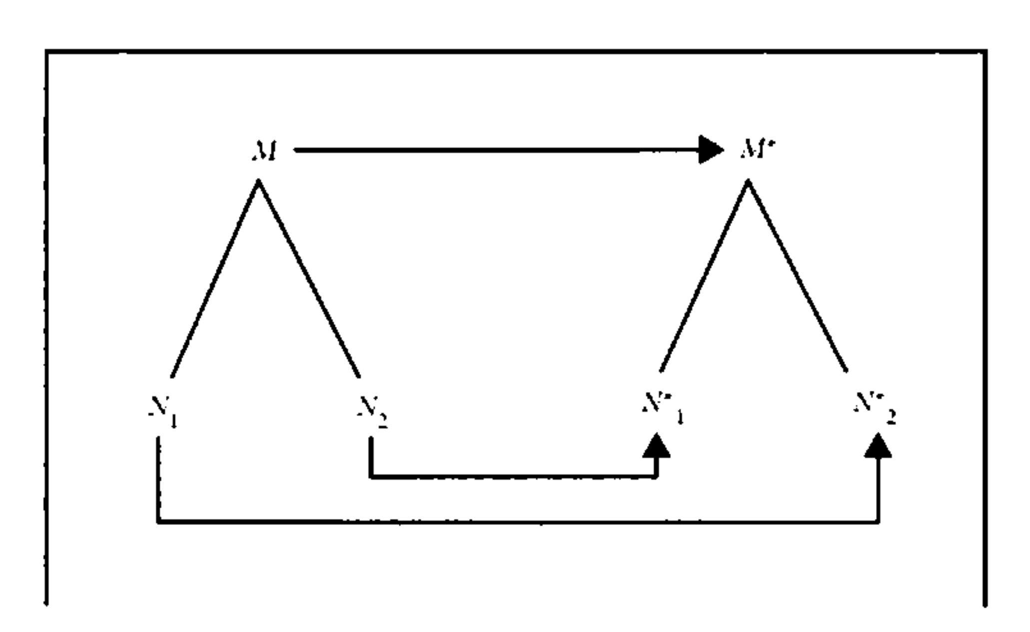
دعونا الآن نفترض أنه يمكننا بهذه الطريقة أن نفسّر الفكرة الحدسية المتمثلة في أنّ هنالك "مستويات من الواقع" أو "مستويات من التنظيم" مختلفة. فالجزئيات تتكون من الذرات، والعُضيات من الجزيئات، والخلايا من العُضيات، والأعضاء من الخلايا، والكائنات الحية من الأعضاء، وهلم جراً. إنّ العقول، وفق هذه الرؤية، هي مجرّد مستوى آخر من الواقع ينشأ من النوع المناسب من التنظيم البيولوجي - أي الأدمغة والجهاز العصبي المركزي. لاحِظ أنّ طريقة مستويات الواقع هذه باعتبارها هَرَمية وظيفية متداخلة تتضمّن فكرة إمكانية التحقق المتعدد: تحتفظ الكيانات في أحد المستويات بهويتها حتى في ظل التغييرات الجذرية على المستويات الدنيا - مثل الكائنات الحية تحتفظ بهوياتها على الرغم من أنها تمرّ بتغييرات مستمرة عند المستوى الخلوي. وهكذا يمكننا أن نتمسّك بفكرة أنّ هنالك مستويات متميزة وعليا من الواقع، والعالم الذهني من بينها، تعتمد على المستويات الدنيا التي تحققها، وليست شيئاً "زيادة عليها".

التسبيب في الفيزيائية غير الاختزالية

إذا قبلنا هذه الرؤية، كيف، إذن، يجب أن نُدرك التسبيب؟ ما هو نوع التفاعلات السببية التي تسمح بها هذه الرؤية؟ إنّ وجهة النظر المتلقاة، والتوجه الرئيسي للفيزيائية غير الاختزالية، هو الفكرة القائلة إنّ الأحداث والكيانات ذات المستوى العالي تُعدّ فعالة سببياً على نحوٍ أصيل. في الواقع، هذا هو السبب في اعتبارها "حقيقية": تمتلك الأحداث والكيانات ذات المستوى العالي قوى سببية غير قابلة للاختزال، ولذلك نحن ملزمون بمنحها وجوداً مستقلاً. على أية حال،في نفس الوقت، يُعتقد أنّ المستوى الفيزيائي التأسيسي مكتمل سببياً. بعبارة أخرى، ترى الفيزيائية غير الاختزالية أنّ كل حدث ذي مستوى فيزيائي يمتلك سبباً، فإنه يمتلك سبباً فيزيائياً تاماً كافياً. بهذه الطريقة، لسنا بحاجة إلى أي معلومات ذات مستوى-أعلى لتفسير الأحداث الحادثة عند المستوى الفيزيائي الأساسي، لكن في نفس الوقت تحافظ الرؤية على أنه لا يمكن أن

تكون المعلومات المقتصرة على المستوى الفيزيائي الأساسي كافية لتفسير العلاقات السببية الحاصلة في المستويات العليا.

اجعل M و*M متغيرين يمثلان الأحداث ذات المستوى-الذهني الأعلى، وN1 وN2، و1*N و2*N متغيرات تمثّل محققاتها ذات المستوى-العصبي الأدنى. يوضّح الشكل 1.11، المخطط الرمزي للفيزيائية غير الاختزالية (cf. Fodor 1974)، كيف تصوّر هذه الرؤية العلاقات بين هذه المتغيرات.



شكل 1.11 مخطط رمزي للفيزيائية غير الاختزالية. (مأخوذة من Fodor 1974).

يبدو أنّ هذه الرؤية تُناسب بشكل جيد الممارسة الطبية النفسية الفعلية: لا أحد يشك في أنّ الأحداث الذهنية والاضطرابات الذهنية تستند إلى أُسس عصبية، وأنّ العالَم الفيسيولوجي العصبي يشكّل نظاماً كاملاً، لكن في نفس الوقت إنّ التفاعلات النفسية الاجتماعية هي التي تعمل كمحددات نموذجية للظواهر التي تتطلب اهتماماً طبياً نفسياً.

من الخطأ الدفع بالتدخّلات الاجتماعية والنفسية والعصبية ضد بعضها البعض (حتى لو تمسّك المرء بميتافيزيقيا الفيزيائية بشكل شامل)

على الرغم من أنّ فكرة أنّ الحالات الذهنية تستند إلى أسس عصبية يجب أن تكون غير مثيرة للجدل، إلا أنّ العواقب المباشرة لهذه الفكرة يعتريها النقص في التقدير بسهولة. فقبل كل شيء، يجب أن يكون واضحاً أنّ التغييرات عند مستويات التحليل المختلفة، الذهني والفيزيائي، مترابطة. لذلك، لا يمكنك دعم دعاوى على أساس الأسبقية أو الوجود المستقل لأحد المستويات من خلال الاعتماد فقط على الأدلة التي تُظهِر أنّ التغييرات على هذا المستوى تؤدي إلى تغييرات على المستوى الآخر (cf. Pernu 2011). فعلى سبيل المثال، ملاحظة أنّ بعض الميزات النفسية تمتلك أساساً قشرياً محدداً لا تُجيز استنتاج أنّ تلك الميزات القشرية هي أسباب لتلك الميزات النفسية (ومن ثمّ فإنّ تلك الميزات النفسية أقل حقيقة إلى حدٍ ما). أو، على نحوٍ معاكس، حقيقة أنّ التدخّلات النفسية (العلاج النفسي) تؤدي إلى تغييرات على المستوى العصبي (المستوى القشري)، لا تقول أي شيء عن فعالية هذه التدخّلات: نحن عرفنا مسبقاً أنّ التدخّلات النفسية تؤدي إلى تغييرات نفسية، وعرفنا أنّ الحالات الذهنية تستند إلى أسس عصبية، لذا فإننا نعرف أيضاً أنّ التغييرات النفسية الناتجة ستظهر دائماً على أنها تغييرات عصبية.

من العواقب المباشرة الأخرى للرؤية الميتافيزيقية المعروضة والتي تستحق تسليط الضوء عليها: يمكننا أن نأخذ الأمر على نحوٍ مُسلّم به أنّ الاضطرابات الطبية النفسية عادة ما تكون متعددة العوامل، مما يشير إلى أنّ التدخّلات المختلفة يمكن أن تكون فعالة، إلى درجات متفاوتة. لذلك، من الخطأ الدفع بالتدخّلات الاجتماعية والنفسية والعصبية ضد بعضها البعض. فعلى سبيل المثال، خذ بعين الاعتبار حقيقة أنّ هنالك ترابط إيجابي قوي بين المرور باعتداء في الطفولة والمعاناة من اضطرابات ذهنية مختلفة (الاكتئاب، القلق) في مرحلة البلوغ. ما هو نوع التدخّلات التي يجب أن نطبّقها لتحسين الوضع؟ من الواضح أنه ليس هنالك إجابة صحيحة واحدة؛ فالأمر يعتمد على ما هو نوع

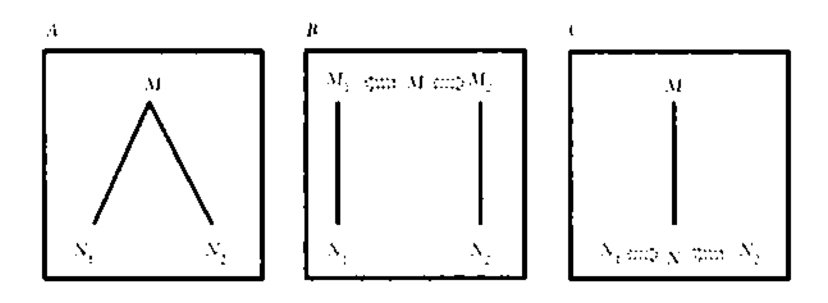
النتائج التي تسعى إلى إنتاجها، وعند أي نقطة في العملية تكون قادراً، أو راغباً، في التصّرف. فإذا كنتَ طبيباً سريرياً، وواجهتَ مريضاً لديه شخصية وتاريخ فريدين، فسيكون اهتمامك منصبّاً على إيجاد طريقة فعالة لتخفيف الأعراض الحالية لهذا الشخص المعين. قد تكون إحدى الطرق الفعالة للقيام بذلك هي بتطبيق التدخّلات على المستوى-العصبي، أي العلاج الدوائي. لكن سيكون من الخطأ أن نستنتج من هذا أنّ الاضطرابات الذهنية الناشئة من اعتداء أثناء الطفولة ليست سوى اضطرابات دماغية وأنّ التدخّلات الدوائية هي السبيل الصحيح الوحيد لعلاجها. فمن الواضح أنه إذا كنتَ تعالِج مريضاً بالغاً مصاباً بحالة نتجت عن أحداث في الطفولة، لن تكون قادراً على التدخّل في الأسباب النهائية للحالة لأنك ببساطة غير قادر على التدخّل في أحداث الماضي. على أية حال، إذا لم تواجه مريضاً معيناً، سوى المسألة العامة المتعلقة بكيفية منع هذه الأنواع من الاضطرابات الذهنية من الحدوث، بعبارة أخرى، إذا كان متغيّر-التأثير الخاص بك ذا مستوى- شعبي موجّه-نحو المستقبل، فإنّ التدخّل الموصى به يجب أن يبدو مختلفاً بالكامل: يجب أن تتدخّل في الحالات المجتمعية التي تؤدي إلى نشوء السلوك المؤذي. كل ذلك يجب أن يكون واضحاً. ومع ذلك، في كثير من الأحيان يتم التعامل مع التدخّلات الطبية النفسية التي تستهدف مستويات مختلفة من التنظيم على أنها متعارضة [التأثير]. فالتدخّلات ذات المستوى-العصبي لا يجب أن تكون التدخّلات المناسبة الوحيدة حتى لو امتلكت كل الحالات الذهنية، بالضرورة، أساساً عصبياً.

هل الحالات الذهنية متعددة التحقق بالفعل؟

بما أنّ مسببات الاضطرابات الذهنية متعددة العوامل، ويمكن لنفس الأنواع من الاضطرابات أن تنشأ من خلال مسارات مختلفة جذرياً، فمن الطبيعي أنّ نفترض أنّ الاضطرابات الذهنية متعددة التحقق على المستوى العصبي. ومع ذلك، فإنّ فكرة التحقق المتعدد لا يمكن أن تؤخذ بشكل مسلّم به، خاصة في سياق الطب النفسي الحالي.

هنالك عدد من الأسباب الانتقادية لأطروحة التحقق المتعدد (e.g., Bechtel & Mundale 1999; Polger & Shapiro 2016; Shapiro 2000). يمكن صياغة جوهر الانتقاد هذا في مصطلحات ميتافيزيقية مجرّدة: إذا اعتبرنا كياناً ما متعدد التحقق، فسيبدو أنّ محققاته يجب أن تختلف في ملامحها السببية؛ لكن إذا كانت المحقِقات تختلف في ملامحها السببية، فمن غير الواضح لماذا يجب معاملتها على أنها أمثلة لنفس الكيان المتعدد التحقق. هل من المعقول افتراض أنّ الحالات الذهنية يمكن أن تكون متشابهة على نحوٍ ذي صلة بما فيه الكفاية لكنها أيضاً مختلفة على نحوٍ ذي صلة بما فيه الكفاية لتكون مؤهلة على أنها قابلة للتحقق المتعدد؟ إنّ التأمل للحظة يجعل المرء يظن أنه من الصعب التمسّك بمثل هذا الموقف.

هنالك توتر داخلي في أطروحة إمكانية التحقق المتعدد، وهذا التوتر يمكن إبرازه بطريقتين مختلفتين: فمن ناحية، يمكن تقسيم الكيان المتعدد التحقق ذي المستوى-الأعلى المفترض إلى كيانات منفصلة بصطف كل منها مع محققاتها. ومن ناحية أخرى، يمكن دمج المحققات التي تمّ افتراض أنها منفصلة في محقِق واحد. كلا هذين الاحتمالين يُذيبان التحقق المتعدد المفترض في الهوية (الاعتماد المتناظر) بين الكيانات ذات المستويات-العليا و-الدنيا (وهذا من شأنه أن يحفّز المرء على أن يكون انتقادياً تجاه الصورة الطبقية الكاملة للواقع). يوضّح الشكل 2.11 هذا الوضع.



شكل 2.11 (A) يمثّل التحقق المتعدد، (B) يمثل نوع الانقسام، (C) توحيد أو اندماج المحقِق. (من بيرنو (يصدر قريباً).)

إذا كانت المشكلة ستقتصر على كونها مفاهيمية أو ميتافيزيقية بطبيعتها، فمن الممكن وضعها جانباً وتجاهلها. على أية حال، ليس هذا هو الحال. فعلى العكس من ذلك، ترتبط العديد من القضايا الرئيسية التي نواجهها حالياً في الطب النفسي ارتباطاً مباشراً بمسألة هل أطروحة إمكانية تعدد التحقق تنطبق على الاضطرابات الذهنية. علاوة على ذلك، إنّ المسألة ليست مجرد مسألة نظرية. فالحلول المختلفة للمسألة لها تداعيات مباشرة على كيفية وضعنا للطب النفسي بين العلوم، وعلى مسارات البحث التي يجب القيام بها، وعلى نوع التدخّلات السريرية المفضّلة.

مثالان: الفصام والإدمان

تأمل في المثال التالي. في خريف 2017 نشرت الجمعية البريطانية للعلوم النفسية تقريراً محدّثاً عن فهم الذهان والفصام (Coke et al. 2017). أدّى هذا إلى إحداث نقاش - لم يكن هذا غير متوقع - بشأن هل أخذَ التقرير جميع المسائل المتعلقة بالأعراض والمسببات والجوانب الدوائية في الاعتبار. ما أثار هذا النقاش هو افتتاحية في مجلة Lancet Psychiatry (Editorial 2018)، تحثنا "على التفكير في الفصام باعتباره مجالاً غير محدد وغير معرّف، ربما كجبل جليد" (1). ومع تقدّم العلم، تنبأت الافتتاحية بأننا سنشهد كيف "أنّ الأجزاء الدقيقة لكن المهمة من هذا الجبل الجليدي ستنفصل" (Editorial 2018: 1). والآن، سواء أن كنتَ مشتركاً في قطار الأفكار هذا أم لا، فعليك تقدير أسسه. الفكرة هي أننا لا نعرف ما يكفي عن أسباب وآثار الفصام أو - عن هذا الشيء الذي نُسمّيه فصاماً - لكي نفهم جوهره بشكل صحيح. وعلاوة على ذلك، بمجرّد أن نصل إلى هناك - أي بمجرّد أن نمتلك ذلك الفهم، أو شيء قريب منه - سندرك أنه لم يكن هنالك أبداً شيء من هذا القبيل بالفعل، وأنه لم يكن هناك مطلقاً اضطراب ذهني موحّد ومتسق يحتّم علينا أن نعتبره "فصاماً". إنّ فهمنا الصحيح (أي الفيزيائي الملموس) للظاهرة قد إنهار في الواقع وبالتالي قد محى الظاهرة نفسها. ليس هنالك "فصام"، سوى تلك الشرائح المنفصلة عنه، كما يظهر في سياق الشكل 2.11 (B).

تأمل في مسألة أخرى على نفس القدر من الأهمية في الطب النفسي: مشكلة الإدمان. هنالك نقاش حول هل يجب تفسير الإدمان كاختيار أم هل يجب تفسيره كمرض (عصبي) (e.g., Goldstein & Volkow 2011; Heyman 2009; Leshner 1997; Lewis 2015, 2017; Robinson & Berridge 2000; Szalavitz 2016; Volkow et al. 2016). لكن ربما تكون هذه المجاورة غير سليمة؟ فقد أشارت عدة دراسات إلى أنّ أقلّية فقط من الأشخاص طوّروا إدماناً "مرَضياً" للعقاقير (e.g., Ahmed 2010; DerocheGamonet et al. 2004; Dutra et al. 2008; Robins et al. 1974). ما يُشير إليه هذا، هو أنّ هنالك أنواعاً مختلفة من "الإدمان" - أي أنّ الإدمان ليس نوعاً سلوكياً أو نفسياً واحداً ومتماسكاً. وهذه الأنواع المختلفة من الإدمان، بدورها، ستتطلّب أنواعًا مختلفة من التدخّلات. وعليه، لكي نكون أكثر تحليلية، أولاً، نلاحظ أنّ مجموعات مميزة من الأشخاص تستجيب بطرق مميزة للإشارات الإدمانية-مجموعات مميزة من الاختبارات لها أشكال سببية مميزة إزاء سيناريوهات الإدمان. وثانياً، نلاحظ (أو يجب أن نلاحظ) أنّ الأنواع المختلفة من التدخّلات تكون فعالة، اعتماداً على المجموعة التي ينتمي إليها المريض. وهذا، مرة أخرى، يجب أن يحفّزنا على تقسيم "الإدمان" إلى أنواع مختلفة (على الأقل نوعين)، بما يتوافق مع أشكاله السببية. ونتيجة لذلك، لن يكون "الإدمان" متعدد التحقق على نحوٍ أصيل، بل سيشمل أشياءً مختلفة، كل منها يصطف مع أساساته العصبية، كما يظهر في سياق الشكل 2.11 (B). بالطبع قد تبقى لدينا أسباب عملية لمواصلة استخدام المفهوم الواحد، وربما حتى معالجة الأنواع المختلفة من الإدمان في نفس المؤسسات، لكن يجب ألا ندع هذه الأعراف الاجتماعية تضللنا إلى الاعتقاد بأنّ هذه الأشياء المختلفة هي نفس الشيء بالأساس.

الضغط المتزايد لإذابة التحقق المتعدد الظاهري للاضطرابات الذهنية: إطار RDoC

لمزيد من التحفيز للأطروحة المتمثلة في أنّ الطب النفسي في حالة هشة

على نحوٍ خاص - "هشة" بمعنى أنّ ممارستها التصنيفية المرَضية الحالية تتعرض للضغوط لكي تُصبح أكثر دقة - خذ بعين الاعتبار تقديم إطار معايير النطاق البحثي (RDoC) في الأبحاث الطبية النفسية (Cuthbert 2014; Cuthbert & Kozak 2013; First 2012; Unsel et al. 2010). إذ يقوم الإطار التقليدي للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية (DSM) على التصنيف الاضطرابات من خلال الأعراض. ويزعم بعض النقّاد أنّ هذه الطريقة في تصنيف الاضطرابات الذهنية تميل إلى إنتاج نتائج غير صالحة، لأنّ تجمّع الأعراض ليس قوياً بما فيه الكفاية لتوفير معلومات دقيقة ومستقرة عن الاضطرابات. وهذا هو السبب في أننا يجب أن ننظر إلى الطرق المختلفة التي تتحقق بها الاضطرابات الذهنية بالفعل (بيولوجياً) ونسعى إلى تصنيفها بطريقة أكثر دقة.

ليس من الصعب تقدير جاذبية إطار RDoC. على الرغم من أنّ الإطار كان يهدف بالأساس إلى تحسين الأبحاث حول الاضطرابات الذهنية، إلا أنه من الواضح أنّ هناك توجّهاً سريرياً قوياً وراء المبادرة. في الواقع، استهدفت إحدى الحجج المعارضة لـ DSM، لصالح RDoC، تأثير الـ DSM على تطوّر العقاقير، وكيف أدى ذلك إلى نتائج دون المستوى الأمثل بسبب أنّ الفئات القائمة-على الـ DSM تفتقر إلى الصحة أو الصلاحية البيولوجية (e.g., First 2012; Hyman 2010). إنّ امتلاك تصنيف أكثر دقة وصحة عن الاضطرابات الذهنية يوفّر لنا وسيلة للوصول إلى تشخيص أكثر دقة، وبالتالي، تطبيق تدخّلات طبية أكثر دقة وفعالية. والفهم الأفضل للتكوين البيولوجي لاضطراب معين يجعلنا قادرين على تقديم تنبؤات أفضل لكيفية تصرّف الاضطراب في المواقف المختلفة وتحت التدخّلات المختلفة - بنفس الطريقة التي يسمح لنا بها الفهم الصحيح للتموضع الفيلوجيني للكائن الحي بتقديم تنبؤات موثوقة حول سمات وسلوك ذلك الكائن الحي.

تعتمد إمكانية تحقيق هذا الهدف على هل الاضطرابات الذهنية متعددة التحقق بشكل أصيل - سواء، على الأقل في بعض الحالات المهمة، التي

نواجهها في الواقع مع الشكل 2.11 (A) بدلاً من الشكل 2.11 (B) (cf., e.g., Hoffman & Zachar 2017; Parnas 2014). إذا كان هذا هو الحال، فإنّ امتلاك معلومات مناسبة عن المحقِقات البيولوجية لهذه الاضطرابات الذهنية لن يسمح لنا بتقديم تنبؤات مستقرة ودقيقة على نحوٍ مثالي. إذ الحكم ما زال معلّقاً، وسنحتاج إلى المزيد من الأبحاث المفاهيمية والتجريبية للوصول إلى الحكم الصحيح. على أية حال، من الواضح أنّ الكثير من المؤشرات تقود إلى الاستنتاج الذي مفاده إنّ فكرة التحقق المتعدد للاضطرابات الذهنية لا يمكن أخذها على نحوٍ مُسلّم به، وإنّ العديد من الاضطرابات المعالَجة الآن باعتبارها متجانسة ستنقسم إلى اضطرابات منفصلة.

ملاحظات ختامية

نحن نعيش أوقاتاً مثيرة في الطب النفسي، خاصة في الأبحاث حول المسائل التأسيسية. فقد كانت هناك تقدّمات كبيرة في فلسفة العلم، لا سيما حول التسبيب والمسائل المتعلقة بالاختزال والتفسير المتعدد المستويات. إذ يمكننا أن نرى أوضح من ذي قبل كيف أنّ وجهات نظرنا حول التسبيب تعتمد على كيف نعتقد أنّ العقل والجسد يرتبطان وهذا ينطوي على إمكانية منحنا كذلك فهماً أفضل لكيفية إبراز التوتر الظاهري بين التدخّلات النفسية والعصبية. وفي نفس الوقت، طوّرت الأبحاث التجريبية أدواتٍ أكثر دقة، وتراكمت المزيد من البيانات الدقيقة حول الدعامات البيولوجية للاضطرابات الذهنية. وهذا سيؤدي، كما نأمل، إلى تصنيفات مرَضية في الطب النفسي أكثر صحة، مع تمييز الاضطرابات التي تمتلك أشكالاً سببية أكثر تجانساً، مما يضفي على الاضطرابات سيطرةً وتلاعباً أكثر دقة وفعالية - أي إلى علاجات أكثر دقة وفعالية. بالطبع قد يتضح أنّ هذا الأمل قائم على أساس غير سليم؛ فيتعين علينا أن نُقرّ بأنّ الاضطرابات الذهنية متعددة التحقق على نحوٍ أصيل عند المستوى الفسيولوجي، وأنّ التدخّلات الفسيولوجية، بدلاً من الدوائية، هي الأكثر فاعلية

في الحالات السريرية النموذجية. لكن مهما كانت الطريقة التي نسلكها، ستعتمد نتائجنا على فهمنا الفلسفي للتسبيب والتفسير المتعدد-المستويات.

لذلك، ليس من المبالغة الادعاء بأننا بدأنا بوضع العناصر في الموضع الذي سيمكّننا من تحقيق تقدّمات كبيرة في فهم طبيعة الاضطرابات الذهنية، إذا ما تمّ وضع العناصر معاً بالطريقة الصحيحة. ولاتخاذ هذه الخطوة، وتحقيق ذلك التقدّم الحاسم، فإننا بحاجة إلى التعاون الوثيق الصلة بين المكونات المفاهيمية والتجريبية للأبحاث. لذلك يجب التخلّي عن المستودعات الفكرية، ويجب تخصيص المزيد من الموارد للأبحاث المتعددة التخصصات على نحوٍ أصيل.

شكر وتقدير

أودُّ أن أشكر د. روبين بلوم، والسيد بيتر كيف، ود. نادين الزين، ود. أوتي مانتيري، ود. هاني مونغ، والسيد إيفو ستوري، وسَريفي تيكن، والمشاركين في مجموعة قراءة الفلسفة والطب في جامعة الملك في لندن في شتاء\ربيع 2017، والمشاركين في ندوة فلسفة الطب النفسي في جامعة الملك بلندن في 22 يناير 2018، للمناقشات المفيدة حول الموضوع والتعليقات على مختلف نُسخ هذا الفصل. تم دعم هذا العمل مالياً من قبل الأكاديمية الفنلندية للعلوم والآداب، ومؤسسة إميل آلتورين، ومؤسسة فالديمار فون فرينكل.

References

Ahmed, S. H. (2010), Validation Crisis in Animal Models of Drug Addiction: Beyond Non-Disordered Drug Use toward Drug Addiction, Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 35:172-184.

Bechtel, W. and Mundale, J. (1999), Multiple Realizability Revisited: Linking Cognitive and Neural States, Philosophy of Science, 66:175-207.

Bigelow, J., Ellis, B., and Pargetter, R. (1988), Forces, Philosophy of Science, 55:614- 630.

Bigelow, J. and Pargetter, R. (1990), Science and Necessity, Cambridge: Cambridge University Press.

Campbell, J. (2008a), Causation in Psychiatry. In Philosophical Issues in Psychiatry: Explanation, Phenomenology, and Nosology. K. S. Kendler and J. Parnas, eds. Baltimore,

MD: Johns Hopkins University Press.

Campbell, J. (2008b), Comment: Psychological Causation without Physical Causation. In Philosophical Issues in Psychiatry: Explanation, Phenomenology, and Nosology. K. S. Kendler and J. Parnas, eds. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Campbell, J. (2009), What Does Rationality Have to Do with Psychological Causation? Propositional Attitudes as Mechanisms and as Control Variables. In Psychiatry as Cognitive Neuroscience: Philosophical perspectives. M. Broome and Lisa Bortolotti, eds. Oxford: Oxford University Press.

Castaŝeda, H. (1980), Causes, Energy and Constant Conjunctions. In Time and Cause. P. Van Inwagen, ed. Dordrecht: Reidel.

Charen, T. (1951), The Etymology of Medicine, Bulletin of the Medical Library Association, 39:216-221.

Cuthbert, B. N. (2014), The RDoC Framework: Facilitating Transition from ICD/DSM to Dimensional Approaches That Integrate Neuroscience and Psychopathology, World Psychiatry, 13:28-35.

Cuthbert, B. N. and Kozak, M. J. (2013), Constructing Constructs for Psychopathology: The NIMH Research Domain Criteria, Journal of Abnormal Psychology, 122:928-937.

Deroche-Gamonet, V., Belin, D., and Piazza, P. V. (2004), Evidence for Addiction-Like Behavior in the Rat, Science, 305:1014-1017.

Dowe, P. (1992), Wesley Salmon's Process Theory of Causality and the Conserved Quantity Theory, Philosophy of Science, 59:195-216.

Dowe, P. (2000), Physical Causation, New York: Cambridge University Press.

Dowe, P. (2004), Why Preventers and Omissions Are Not Causes. In Contemporary Debates in Philosophy of Science. C. Hitchcock, ed. Oxford: Blackwell.

Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B., and Otto, M. W. (2008), A Meta-Analytic Review of Psychosocial Interventions for Substance Use Disorders, American Journal of Psychiatry, 165:179-187.

Editorial (2018), Breaking the ice, The Lancet Psychiatry, 5:1.Eells, E. (1991), Probabilistic Causality, Cambridge: Cambridge University Press. Ehring, D. (1997), Causation and Persistence, Oxford: Oxford University Press.

Ehring, D. (2003), Physical Causation, Mind, 112:529-533.

Fair, D. (1979), Causation and the Flow of Energy, Erkenntnis, 14:219-250.

First, M. B. (2012), The National Institute of Mental Health Research Domain Criteria (RDoC) Project: Moving towards a Neuroscience-Based Diagnostic Classification in Psychiatry. In Philosophical Issues in Psychiatry II: Nosology. K. S. Kendler and J. Parnas, eds. Oxford: Oxford University Press.

Fodor, J. A. (1974), Special Sciences (or: The Disunity of Science as a Working Hypothesis), Synthese, 28:97-115.

Goldstein, R. Z. and Volkow, N. D. (2011), Dysfunction of the Prefrontal Cortex in Ad-

diction: Neuroimaging Findings and Clinical Implications, Nature Reviews Neuroscience, 12:652-669.

Hall, N. (2004), Two Concepts of Causation. In Causation and Counterfactuals. J. Collins, N. Hall, and L. Paul, eds. Cambridge, MA: The MIT Press.

Halpern, J. Y. (2016), Actual Causality, Cambridge, MA: MIT Press.

Heyman, G. M. (2009), Addiction: A Disorder of Choice, Cambridge, MA: Harvard University Press.

Hoffman, G. A. and Zachar, P. (2017), RDoC,s Metaphysical Assumptions: Problems and Promises. In Extraordinary Science and Psychiatry: Responses to the Crisis in Mental Health Research. J. Poland and[a]erife Tekin, eds. Cambridge, MA: MIT Press.

Hyman, S. E. (2010), The Diagnosis of Mental Disorders: The Problem of Reification, Annual Review of Clinical Psychology, 6:155-179.

Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., Sanislow, C., and Wang, P. (2010), Research Domain Criteria (RDoC): Toward a New Classification Framework for Research on Mental Disorders, American Journal of Psychiatry, 167:748-751.

Kendler, K. S. (2011), Causal Thinking in Psychiatry: A Genetic and Manipulationist Perspective. In Causality and Psychopathology: Finding the Determinants of Disorders and Their Cures. P. E. Shrout, K. M. Keyes, and K. Ornstein, eds. Oxford: Oxford University Press.

Kendler, K. S. and Campbell, J. (2009), Interventionist Causal Models in Psychiatry: Repositioning the Mind-Body Problem, Psychological Medicine, 39:881-887.

Kistler, M. (1998), Reducing Causality to Transmission, Erkenntnis, 48:1-24.

Kistler, M. (2006), Causation and Laws of Nature, London: Routledge.

Leshner, A. I. (1997), Addiction Is a Brain Disease, and It Matters," Science, 278:45- 47.

Lewis, D. K. (1973), Causation, Journal of Philosophy, 70:556-567.

Lewis, M. D. (2015), The Biology of Desire. Why Addiction Is Not a Disease, New York: Public Affairs.

Lewis, M. D. (2017), Addiction and the Brain: Development, Not Disease, Neuroethics, 10:7-18.Parnas, J. (2014), The RDoC Program: Psychiatry without Psyche?, World Psychiatry, 13:46-47.

Pearl, J. (2000), Causality: Models, Reasoning, and Inference, Cambridge: Cambridge University Press.

Pernu, T. K. (2011), Minding Matter: How Not to Argue for the Causal Efficacy of the Mental, Reviews in the Neurosciences, 22: 483-507.

Pernu, T. K. (2017), The Five Marks of the Mental, Frontiers in Psychology, 8:1084.

Pernu, T. K. (forthcoming), Mental Causation via Neuroprosthetics? A Critical Analysis, Synthese.

Polger, T. W., Shapiro, L. A. (2016), The Multiple Realization Book, Oxford: Oxford University Press.

Robins, L. N., Davis, D. H., and Goodwin, D. W. (1974), Drug Use by U.S. Army Enlisted Men in Vietnam: A Follow-Up on Their Return Home, American Journal of Epidemiology, 99: 235-249.

Robinson, T. E. and Berridge, K. C. (2000), The Psychology and Neurobiology of Addiction: An Incentive-Sensitization View, Addiction, 95:91-117.

Russell, B. A. W. (1948), Human Knowledge: Its Scope and Limits, London: George Allen & Unwin.

Russo, F. and Williamson, J. (2007), Interpreting Causality in the Health Sciences, International Studies in the Philosophy of Science, 21:157-170.

Salmon, W. (1984), Scientific Explanation and the Causal Structure of the World, Princeton, NJ: Princeton University Press.

Salmon, W. (1997), Causality and Explanation: A Reply to Two Critiques, Philosophy of Science, 64:461-477.

Schaffer, J. (2004), Causes Need not Be Physically Connected to Their Effects. In Contemporary Debates in Philosophy of Science. C. Hitchcock, ed. Oxford: Blackwell.

Shapiro, L. A. (2000), Multiple Realizations, Journal of Philosophy, 97:635-654.

Spirtes, P, Glymour, C., and Scheines, R. (2000), Causation, Prediction and Search, Cambridge, MA: MIT Press.

Suppes, P. (1970), A Probabilistic Theory of Causality, Amsterdam: North-Holland Publishing Company.

Szalavitz, M. (2016), Unbroken Brain: A Revolutionary New Way of Understanding Addiction, New York: St. Martin's Press.

Volkow, N. D., Koob, G. F., and McLellan, A. T. (2016), Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction, New England Journal of Medicine, 374:363-371.

Williamson, J. (2004), Bayesian Nets and Causality: Philosophical and Computational Foundations, Oxford: Oxford University Press.

Woodward, J. (2003), Making Things Happen: A Theory of Causal Explanation, New York: Oxford University Press.

Woodward, J. (2008), Cause and Explanation in Psychiatry: An Interventionist Perspective. In Philosophical Issues in Psychiatry: Explanation, Phenomenology, and Nosology. K. S. Kendler and J. Parnas, eds. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

الفصل الثاني عشر

الأبحاث النفسية الملمّة-بالصدمة

آمي هاربين

يركّز عدد من المجالات البحثية في علم النفس السريري على فهم تجارب الصدمة وكيفية تعامل الأفراد معها والتعافي منها. في هذا الفصل، سأبحث في كيف يمكن لمثل هذه الأبحاث عن الصدمة أن تُثير قضايا أخلاقية واجتماعية وسياسية مهمة ومعقدة بالنسبة للباحثين والأطباء السريريين عند مواجهتها.

لتسليط الضوء على القضايا الاجتماعية والسياسية التي يمكن أن تنشأ عندما ننظر إلى الصدمات، سأبدأ القسم الأول بنظرة عامة واسعة عن المجالات البحثية حول الصدمة في علم النفس السريري. سأتقصّى بعضاً من هذه المجالات الرئيسية، وأقدِّم نظرة عامة عن مختلف الطرق البحثية والمقاربات الموظّفة. وفي القسم التالي، سأقدِّم مفهوماً سيساعدني في استخلاص القضايا الاجتماعية والسياسية المتضمَّنة في مجالات التحقيق هذه: الممارسة الملمّة-بالصدمة. يُستعمل هذا المصطلح لوصف المقاربة المستخدمة الآن في عدد من الحقول المهنية، بما في ذلك الرعاية الصحية، التعليم، الاستشارة، للإشارة إلى الاهتمام الرئيسي بآثار التجارب الصدماتية على المرضى، أو الطلاب، أو العملاء. وبعد تلخيص المبادئ الرئيسية للممارسة الملمّة-بالصدمة، سأسعى في القسم الأخير إلى جلب العدسة الملمّة-بالصدمة إلى الأبحاث في علم النفس السريري. سأُجادل بأنّ ذلك يمكن أن يساعد في توضيح بعض القضايا الاجتماعية والسياسية المتأصلة في أي سياق بحثي حول الصدمة. وعلى نحوٍ أكثر تحديداً، قد تكون النماذج الملمّة-بالصدمة مفيدة في تطوير مقاربة بحثية عن الصدمة في علم النفس السريري تهتم بهذه القضايا الاجتماعية والسياسية المهمة.

أبحاث الصدمة في علم النفس السريري

يتناول جانب كبير من الأبحاث في علم النفس السريري الصدمات والتجارب المرتبطة بها بشكل معين. فوفقاً لجمعية علم النفس الأمريكية، الصدمة هي **استجابة انفعالية لحدث مُريع مثل حادث أو اغتصاب أو كارثة طبيعية** (http://www.apa.org/topics/trauma/index.aspx). عادة ما تسبِّب الأحداث الصدماتية كَرْباً نفسياً وانفعالياً وفيزيائياً وتُربك إحساس الأفراد بالسيطرة على أنفسهم وصلتهم بالآخرين واستقرارهم (Herman 1992: 33). يمكن أن تكون الصدمات ناتجة عن عدة أنواع من الأحداث الحياتية، كالكوارث الطبيعية والحروب.

يمكن للأبحاث في علم النفس السريري حول الصدمة أن توظّف مجموعة متنوعة من المقاربات. إذ هنالك عدد من المجالات البحثية الكمّية حول الصدمات في علم النفس السريري توظّف مقاييس واستقصاءات لعينات متوسطة إلى كبيرة من المشاركين لفهم خبرات أولئك الذين نجوا من الصدمات، ولتقييم فعالية البروتوكولات العلاجية، ولمقارنة تجارب الصدمات عبر مختلف المجموعات. أما الأبحاث الكيفية حول الصدمة في علم النفس السريري فتميل إلى استخدام المقابلات [interviews]، أو مجموعات النقاش المركّزة [focus groups]، أو نماذج تفاعلية أخرى مع عينات أصغر من المشاركين، التي يمكن أن تسمح بفهم أكثر عمقاً للتجارب الخاصة لعدد أقل من الناس.

أحد المجالات التي يتم فيها التقصّي الشامل للصدمات والتعافي ما بعد-الصدمة هو الأدبيات الواسعة المتعلقة باضطراب الكرْب ما بعد الصدمة (PTSD). فوفقاً لـ DSM-5، تتضمن الأعراض الشائعة لـ PTSD الأفكار الدخيلة، إعادة معايشة الحدث المؤلم، اختبار ردود فعل انفعالية وفيزيائية عند التذكير بالحدث، التفادي، فقدان الذاكرة، تضاءل الاهتمام بالنشاطات اليومية، الخدَر الانفعالي، توقعات قاتمة، الأرق، التهيّج، صعوبة التركيز، اليقظة

المفرطة[1]. لقد حققَ الباحثون في اضطراب الكرْب ما بعد الصدمة مع مجموعة متنوعة من الأهداف في الاعتبار: على سبيل المثال، لفهم بشكل واضح أعراض معينة لـ PTSD (e.g., Mellman & Hipolito 2006)، ولفهم علم أعصاب PTSD (e.g., Krustal et al. 1989; Yehuda 1999)، ولفهم مسارات خبرات PTSD مع مرور الوقت (e.g., Santiago et al. 2013)، ولتقييم طرق الفحص المختلفة (e.g., Brewin 2005; McDonald & Calhoun 2010)، ولفهم كيف أنّ اختلاف الهويات الاجتماعية أو العضوية الجماعية قد يُحدِث فرقاً في خبرة الفرد عن PTSD (e.g., Dyregrov & Yule 2006; Goff et al. 2007; Seedat & Stein 2000). بالإضافة إلى هذه الأهداف، تركّز الكثير من الأبحاث حول PTSD في علم النفس السريري على فهم كيف يمكن لـ PTSD أن يَنتج عن أنواع معينة من الأحداث أو التجارب.

ربما كانت السياقات الأكثر شيوعاً التي يُفهم أنها تثير على نحوٍ محتمل PTSD هي تلك المتعلقة بالقتال الحربي. فالكثير من الدراسات المبكرة عن PTSD ركّزت على تجارب الجنود وقدامى المحاربين بعد مشاركتهم في الحروب (Kean et al. 1997). فقد درسَ بعض الباحثين PTSD عبر مختلف الفترات الحربية (e.g., Magruder et al. 2009)، في حين ركّز آخرون على سياقات حربية معينة (e.g., Blanchard 1990). وإلى جانب السياقات الحربية، فقد تقصّت الدراسات كذلك PTSD الذي يعقب الاعتلال، على سبيل المثال، كيف يمكن أن تعْقِب أعراض PTSD خبراتٍ مثل النوبات القلبية (Schaaf et al. 2013)، أو الحروق الشديدة (Lawrence & Fauerbach 2003)، أو السرطان (Pelcovitz et al. 1996)، أو المعالجة في وحدات العناية المركّزة (Cuthbertson et al. 2004). قد تكون خبرات الاعتلال مؤلمة [صدماتية] على نحوٍ خاص عندما تكون مفاجئة،

---

(1) لمزيد من المعلومات، انظر مقياس أعراض PTSD التالي: https://depts.washington.edu/hcsats/pdf/TF-%20CBT/pages/3%20Assessment/Standardized%20Measures/ PSS-Adult.pdf.

مهددة للحياة، صعبة العلاج، وعندما تقتضي حدوث تغييرات كبيرة في الحياة اليومية للأفراد. وبالاشتراك مع الصعوبات الأخرى التي ترافق الاعتلال، قد يعاني الأفراد من أعراض PTSD: الأفكار الدخيلة، اليقظة المفرطة، التفادي، وما إلى ذلك. وبالمثل، فإنّ فقدان شخص عزيز واختبار الحرمان يمكن أن يكون مؤلم ومحفّز لـ PTSD، خاصة في الحالات التي يكون فيها هذا الفقدان نتيجة "أسباب غير طبيعية" (مثل، الانتحار أو حادث ما) (انظر Kaltman & Bonanno 2003; Zisook et al. 1998). وبما أنّ الفقدان يمكن أن ينطوي على تجارب صدماتية عند أولئك الذين تُركوا وراءهم، فإنّ PTSD يمكن اختباره جنباً إلى جنب مع الحزن.

اقترح البعض أن يتم استخدام تشخيص **اضطراب الكَرْب ما بعد الصدمة المعقد** في الحالات التي يواجه فيها الأفراد صدمة متكررة وطويلة الأمد (Herman 1992)، كما في حالات الاعتداء الجنسي و\أو الجسدي الطويل الأمد (Roth et al. 1997)، وغالباً، وليس دائماً، عَقِب الصدمات الحادثة أثناء الطفولة (Cloitre et al. 2009)، على الرغم من أنه لا يُعدّ حالياً فئة تشخيصية منفصلة في الـ DSM-5 (الجمعية الأمريكية للطب النفسي 2013). في حالات PTSD المعقد، قد يختبر الناجون صعوبات في تنظيم العاطفة، أو سلوكاً مدمّراً، أو تفككاً، أو علاقات متأزمة مع الآخرين، أو فقدان الاعتقادات الداعمة (Van der Kolk 2002). كذلك، لدينا حالياً قدر كبير من الأبحاث التي تركّز على تطوير أدوات التشخيص الأكثر فعالية، وفهم الأعراض، وأفضل الممارسات العلاجية (Cloitre et al. 2011). وفيما يتعلق بأفضل الممارسات العلاجية من جهة الاستجابة للصدمة، فقد حقّقَ باحثو علم النفس السريري في فاعلية عدد من استراتيجيات ومقاربات التدخّل المختلفة (Solomon et al. 1992). وقد تم النظر على نطاق واسع في مجموعة متنوعة من مقاربات العلاج السلوكي المعرفي (Foa et al. 1995; Foa & Rothbaum 2001)، بما في ذلك العلاج بالتعرّض، حيث يتحدث الناجون عن ذكرياتهم المؤلمة أو بالأحرى يتفاعلون معها بشكل مباشر مراراً وتكراراً بُغية أن يُصبِحوا أقل استغراقاً فيها أو خوفاً منها (e.g.,

Gonet al. 2012; Rauch et al. 2012)، أو إعادة المعالجة وإلغاء الحساسية بحركة-العين، حيث يتحدث الناجون عن ذكرياتهم المؤلمة أو يفكرون فيها أثناء تركيزهم على محفّزات أخرى، كاتباع جسم متحرك بواسطة أعينهم (Boudewyns & Hyer 1996). وفي بعض الأحيان عن طريق الدمج مع العلاج السلوكي المعرفي، يمكن معالجة الناجين من خلال العلاج النفسي إما في بيئات فردية أو جماعية (Bradley et al. 2005; Steenkamp et al. 2015). وقد يتلقّى الناجون، في بعض الحالات، علاجات دوائية نفسية، مع وجود عدد من الخيارات الدوائية المتاحة لعلاج الأعراض المختلفة (Asnis et al. 2004; Davidson 1992). تُقارِب الخيارات العلاجية الأخرى التعافي من الصدمة من منظور علم النفس الإيجابي، وتركّز على قدرات الناجين على الصمود (Connor & Davidson 2003; Hoge et al. 2007; Lazarus 1966; Lazarus & Cohen 1977; Pietrzak et al. 2009; Stewart & Yuen 2011)، والتأقلم (Folkman & Lazarus 1988)، والتحمّل (Gentry & Kobasa 1984; Kobasa 1979; Kobasa et al. 1982)، والنمو المرتبط-بالإجهاد (Park et al. 1996)، والنمو ما بعد الصدمة (Tedeschi & Calhoun 1996; 2004). أو كممارسة مستقلة-بذاتها أو متممة، ينخرط فيها الناجون في معالجات كليّانية أو تكاملية، كاليقظة الذهنية [mindfulness]، والتأمل، والوخز بالإبر، وتقنيات الاسترخاء (Ventegodt et al. 2005; Wilson et al. 2001).

قبل تقديم فكرة الممارسة الملمّة-بالصدمة، والنظر في الكيفية التي قد تكون من خلالها مفيدة لتسليط الضوء على بعض القضايا الاجتماعية والسياسية المتأصلة في أي بحث حول الصدمات في علم النفس السريري، أرغب أيضاً في الإشارة إلى أنّ الفلاسفة شاركوا كذلك في الأبحاث السريرية حول الصدمة عبر مجموعات متنوعة من المنظورات (e.g., Brison 2002; Harbin 2016; Martin 2001; Nelson 2001; Potter 2006. 2015). يمكن أن تسمح لنا المقاربات الفلسفية بطرح عدد من الأسئلة المهمة حول الأبحاث السريرية عن الصدمة. فعلى سبيل المثال، كيف فهِم كبار الفلاسفة منذ أفلاطون وضع الصدمة في الحياة البشرية وأثرهم عليه؟ كيف يمكن للتبصّرات من علم الأعصاب أن تساعد في تقوية

الأبحاث النفسية حول الصدمة؟ كيف تُثري الافتراضات الضمنية حول ثنائية العقل\الدماغ الأبحاث حول الصدمة؟ كيف تُشكِّل القيمُ الأبحاثَ النفسية حول الصدمة؟ ما هي المسؤوليات الفريدة المنبثقة مع الأطباء السريريين في تعاملهم مع المرضى الذين عانوا من الصدمات؟ ما هي المسؤوليات الفريدة المنبثقة مع الباحثين في علم النفس السريري الذين يعملون على المجموعات المتأثرة بالصدمة؟ كيف يمكننا أن نفهم الاستقلالية والمسؤولية الأخلاقية للمرضى الذين عانوا من الصدمات؟ وكيف تُشكِّل الأضرار المجتمعية القائمة-على المجموعة (العنصرية، التحيّز الجنسي، التحيز الجنسي المغاير) الأبحاث حول تشخيص الصدمات وعلاجها؟ وبالتالي، فإنّ السؤال الذي أطرحه هنا - **كيف يمكن أن تُثير الأبحاث السريرية حول الصدمات قضايا أخلاقية واجتماعية وسياسية مهمة ومعقدة يواجهها الباحثون والأطباء السريريون؟** - هو واحد من العديد من الأسئلة الفلسفية المحتملة بشأن الأبحاث عن الصدمات في علم النفس السريري.

الآن وبعد أن نظرنا في عدد من المجالات البحثية في علم النفس السريري حول الصدمة، والأسئلة الفلسفية التي تُثيرها، أرغب في الانتقال إلى النظر في كيفية ظهور الصدمة في عدد من المجالات الطبية والأعمال المهنية الأخرى، وكيف أعطت بعض تلك المجالات الأولوية لفهم الصدمات التي عانى منها عملاؤها والاستجابة إليها.

الممارسة الملمّة-بالصدمة

يتم توظيف المقاربات **الملمّة-بالصدمة** حالياً في عدد من الحقول التي يعمل فيها المهنيون مع الأفراد الذين عانوا من الصدمات، وأولئك الذين تأثروا بتلك التجارب بشكل مستمر. إلى جانب استخدامها في بيئات الرعاية الصحية (Harris & Fallot 2001a, b, & c; Muskett 2014; Weissbecker & Clark 2007)، فقد تم اعتبار الممارسة الملمّة-بالصدمة كذلك مُهمة في مِهَن المستجيب الأول (مثل، رجال الإطفاء، المستجيبون الطبيون لحالات الطوارئ، فِرق الاستجابة

للكوارث) (Ko et al. 2008)، وفي تقديم الخدمات للناس المشردين (Hopper et al. 2010)، وفي السجون (Miller & Najavits 2012) وفي أعمال الشرطة (Marans & Cohen 1993). كما تم اعتبارها ذات قيمة أيضاً في جميع مجالات العمل المتعلقة بالأطفال، بما في ذلك خدمات رعاية الطفل (NCTSN Child Welfare Trauma Training Toolkit; Taylor et al. 2006)، وفي المدارس (التدخّل السلوكي المعرفي للصدمات في المدارس؛ Jaycox 2004؛ Stein et al. 2003)، وفي مؤسسات قضاء الأحداث (Ford et al. 2007). وبما أنّ التجارب الصدماتية تؤثر على الأفراد الذين لديهم وصول إلى جميع أنواع الخدمات المهنية، من الرعاية الصحية، إلى التعليم، إلى الاستشارة، وما وراء ذلك، فإنّ المقاربات الملمّة-بالصدمة قابلة للتطبيق على نطاق واسع.

وفقاً لإدارة خدمات الصحة العقلية وسوء استخدام العقاقير في الولايات المتحدة، إنّ المقاربة الملمّة-بالصدمة: "(1) تُدرك التأثير الواسع للصدمة... (2) تميّز أعراض وعلامات الصدمة في العملاء، العوائل، الكادر، وغيرهم... (3) تستجيب من خلال الدمج التام للمعرفة حول الصدمات في السياسات، والإجراءات، والممارسات؛ و(4) تسعى إلى مقاومة بشكل فعال تكرار حدوث الصدمة (إدارة خدمات الصحة العقلية وسوء استخدام العقاقير في الولايات المتحدة). يمكن استخدام المقاربات الملمّة-بالصدمات في التفاعلات مع العملاء، سواء أن كانت الصدمة نفسها هي السبب وراء سعيهم الآني للحصول على الخدمات أو لا. هذا يعني أنّ المقاربات الملمّة-بالصدمة تهدف إلى أن تكون قابلة للتطبيق على نطاق أوسع من التدخّلات المحددة-الصدمة التي تهدف إلى المعالجة المباشرة لتأثير أو نتائج الصدمة المعينة على الفرد. كما توضّح ذلك بتلر وزملاؤها:

> تُعد الخدمات الملمّة-بالصدمة ملمّةً بـ، وحساسةً إلى، احتمالية وجود القضايا المتعلقة-بالصدمة في المرضى، بصرف النظر عما إذا كانت القضايا ترتبط بشكل مباشر أو ظاهرياً بالحالة أو الشكوى المقدّمة. علاوة على ذلك، إنّ

> الخدمات الملمّة-بالصدمات ليست مصممة لمعالجة مضاعفات الاعتداء الجنسي والجسدي أو التجارب الصدماتية الأخرى. في المقابل، تمّ تصميم الخدمات المحددة-الصدمة بشكل صريح لمعالجة الأعراض والمتلازمات المرتبطة بالصدمة الحالية أو السابقة. (Butler et al. 2011)

يمكن للمعلّم أن يستخدم المقاربة الملمّة-بالصدمة في الفصل الدراسي، حتى عندما يكون الهدف الرئيسي هو التدريس، وليس تحديد أو علاج صدمات الطلاب، وحتى عندما لا يكون لدى كل فرد في الفصل تاريخاً عن الصدمة. قد تكون المقاربة المحددة-الصدمة أكثر وضوحاً في الرعاية الصحية أو الإطار الاستشاري حيث يعمل الطبيب السريري مع الناجين من سوء المعاملة ويهدف بالتحديد إلى معالجة الأعراض التي يختبرونها بسبب التجارب الصدماتية في الماضي. في بعض الحالات، يمكن تمييز المقاربات الملمّة-بالصدمة من خلال الطريقة التي نتصوّر بها الصدمة. في جميع هذه المقاربات، يتم أخذ كل من تأثير الصدمات وتنظيمها على محمل الجد. أي أنّ الصدمة يتم فهمها على أنها تجربة يواجهها العديد من الأشخاص، وأنها ليست نادرة، في حين في نفس الوقت اعتبارها تجربة من المحتمل أن تكون له آثار عميقة ومستمرة على قدرات الشخص على الاستمرار في حياته. كما توضّح ذلك هاريس وزملاؤها:

> في النظام الملمّ-بالصدمة، لا يُنظَر إلى الصدمة على أنها حدث مفرد منفصل بل كتجربة محدِّدة ومنظِّمة تُشكِّل جوهر هوية الفرد... ففي النظام الملّم-بالصدمة، يفترض المشاركون أنه عند حدوث الصدمة، فإنها تُغيِّر قواعد اللعبة. فالفرد يبني إحساساً بالذات، وإحساساً بالآخرين، واعتقاداً بشأن العالم بعد وقوع الصدمة وسوء المعاملة يدمج فيه، وفي كثير من الحالات يعتمد على، الأحداث أو الحدث المروّع. (Harris & Fallot 2001c: 11-12)

بعبارة أخرى، تفهم المقاربات الملمّة-بالصدمة الصدمات على أنها ذات

تأثيرات كليّانية، يمكنها أن تُنمّي هوية الفرد، مسار حياته، فهمه لذاته، بطرق ضارة في الغالب.

قبل أن يعرف الممارس الملمّ-بالصدمة ما إذا كان العميل متأثراً بالصدمة، يمكنه أن يستخدم مع جميع العملاء بعض الممارسات العامة التي من المرجّح أن تؤدي إلى علاقات ناجحة مع أي من العملاء المتأثرين بالصدمة الذين قد يكونون حاضرين. كما توضّح راجا وزملاؤها (2015):

> لا تتطلب احترازات الصدمة العالمية، التي تتضمن تغييرات صغيرة في الممارسة والتي يمكن استخدامها مع جميع العملاء، من المقدّمين معرفة هل يمتلك المريض المحدد تاريخاً عن الصدمة أم لا. قد تكون هذه التقنيات مفيدة على نحوٍ خاص في تأسيس الثقة والوئام مع الناجين. (Raja et al. 2015: 217)

تتضمن مثل هذه الاحترازات العالمية، وفق إطار راجا وزملائها: التواصل والرعاية المركّزتان على المريض (مثل، سؤال كل مريض عمّا يمكن أن يُزيد من الراحة خلال الزيارة)؛ فهم الآثار الصحية للصدمة (مثل، فهم أنّ التعامل غير المتكيّف قد يكون نتيجة لتاريخ صدمة ما)؛ التعاون بين المهنيين (مثل، الاحتفاظ بالمواد المشيرة إلى الصدمة متاحةً في غرفة الانتظار)؛ فهم التاريخ الخاص بالمرء (مثل، المتعلق بالصدمة) وردود الأفعال؛ توظيف تقنيات الفحص (مثل، تجهيز الكادر بمهارات التواصل للقيام بفحوصات الصدمة) (Raja et al. 2015: 217, 219). لتحديد الممارسات التي تجسّد الرعاية الملمّة-بالصدمة، أجرى إليوت وزملاؤه بحثاً في تسعة مواقع شاملة لخدمات الصحة العقلية وسوء استخدام العقاقير في الولايات المتحدة للنساء اللاتي عانين من الصدمة. واستناداً إلى البيانات المستقاة من تلك المواقع، حددوا عشرة مبادئ عن الخدمات الملمّة-بالصدمة: إنّ هذه الخدمات (1) تميّز تأثير العنف على استراتيجيات التنمية والتكيّف؛ (2) تحدد التعافي من الصدمة باعتباره هدفاً

رئيسياً؛ (3) توظّف نماذج التمكين؛ (4) تسعى إلى تحقيق أقصى قدر من الخيارات للعميل والسيطرة على التعافي؛ (5) تقوم على التعاون العلائقي؛ (6) تهيئ جو يحترم احتياجات الناجين من سلامة واحترام وقبول؛ (7) تؤكد على نقاط القوة عند العملاء، وتسليط الضوء على التكيفات إزاء الأعراض وعلى الصمود إزاء الأمراض؛ (8) تهدف إلى الحد من احتمالات تكرار حدوث الصدمات؛ (9) تسعى إلى فهم كل عميل في سياق خبراته الحياتية وخلفيته الثقافية؛ (10) تُشرك المستهلكين في تصميم وتقييم الخدمات (Elliot et al. 2005: 465- 469).

تُعدّ المقاربات الملمّة-بالصدمة مثيرة للاهتمام لعدة أسباب، إلا أنّ النقطة الأهم لتسليط الضوء عليها بما يتعلق مع مبتغاي هنا هي طريقة نشأتها من **الدراية غير الفردية بالأبعاد الاجتماعية والسياسية للصدمات**. أي لفهم ما هي الصدمة وكيف يجب الاستجابة إليها، يفكرون فيما وراء مستخدم-الخدمة الفردي، إلى الجماعة والمجتمع الأوسع. بعبارة أخرى، يعتبرون الصدمة **مشكلةً اجتماعية** (بدلاً من مشكلة الفرد)، ويرون **الاستجابات إلى الصدمات من مسؤولية النظام الجماعي\الاجتماعي** (بدلاً من مسؤولية الفرد وحده). فعلى الرغم من أنّ كل فرد ممن عانى من الصدمة يقدّمها بشكل فريد، واختبرَ الصدمات وآثارها بطرق مميزة ذات صلة، ودائماً ما كانت في سياق حياتهم الخاصة، إلا أننا يمكننا أن نلحظ أنّ المقاربات الملمّة-بالصدمة تعالج الصدمة باعتبارها ظاهرة اجتماعية بالأساس، لا تتطلب استجابة من الشخص المصاب بالصدمة فحسب (مثل، السعي بفاعلية إلى العلاج السريري)، بل عوضاً عن ذلك تتطلب استجابة على مستوى الجماعات والأنظمة الهيكلية\الاجتماعية (مثل، أنظمة الرعاية الصحية، أنظمة التعليم، أنظمة العدالة الجنائية).

نرى هذه المقاربات تقاوم معالجة الصدمات باعتبارها مشكلةً للفرد من خلال، على سبيل المثال، الدراية التي تُثبتها عن أهمية عدم رفض تعبيرات الأفراد عن تجاربهم حول الصدمات، وأهمية عدم لَوم الضحايا على معاناتهم.

عوضاً عن ذلك تأخذ المقاربات الملمّة-بالصدمة على محمل الجد تعبيرات الناجين حول خبراتهم واحتياجاتهم، وتستخدم مواقف غير تحكيمية مع الناجين. كما أظهرت درايةً بكيفية أنّ ديناميكيات الطاقة في البيئات المهنية يمكن أن تحافظ على شعور العملاء بالأمان للكشف عن تجاربهم السابقة، والتوصية بمقاربة تخلق مساحة آمنة لكل شخص وتُعطي الأولوية لبناء الثقة. تهدف المقاربة الملمّة-بالصدمة إلى أن تكون واعيةً بالصدمة باعتبارها ميزة للعالم الذي نتشاطره جميعنا، وميزة يمكنها أن تؤثر على نحوٍ غير متناسب على بعض أعضاء المجتمع على نحوٍ أكثر من الآخرين - غالباً أولئك الذين يكونون معرضين مسبقاً بطرق أخرى، بسبب الجندر، العرق، الحالة الاجتماعية الاقتصادية، وما إلى ذلك. فعلى سبيل المثال، تُظهر هذه المقاربات درايةً بكيفية أنّ بعض الصدمات (مثل العنف الجنسي) يمكن أن تكون شائعة جداً وتؤثر على مجموعات معينة (النساء، الجماعات الشاذة والمتحولة جنسياً) أكثر من الأخرى. وتهدف هذه المقاربات إلى تطوير ممارسات حساسة لحاجات أعضاء تلك المجموعات؛ فعلى سبيل المثال، في السياقات الصحية، تهدف بعض الممارسات الملمّة-بالصدمة إلى الحد من الانزعاج المحتمل في بعض الفحوصات الطبية من خلال توفير بدلائل إزاء الاضطرار إلى خلع الملابس بالكامل أثناء الإجراءات (Raja et al. 2015).

كما تتجنّب المقاربات الملمّة-بالصدمة معاملة مهمة الاستجابة إلى الصدمات باعتبارها مسؤولية الفرد الناجي من خلال، على سبيل المثال، إصرارها على الحاجة إلى دعم اجتماعي واسع القاعدة للاستجابة إلى احتياجات الناجي بشكل مناسب. فعلى سبيل المثال، ركّزت كل من Harris & Fallot (2001a) ولجنة الصدمات النسائية، ودراسة العنف والاضطرابات المتشاركة الحدوث (الممولة بواسطة إدارة خدمات الصحة العقلية وسوء استعمال العقاقير) على تطوير دعم هيكلي ونظامي أوسع للأشخاص الذين عانوا من الصدمات، وفهم أنّ الحاجة لا تقتصر فقط على تقديم مشورة تهدف إلى معالجة تجارب الصدمات، بل كذلك على دعم الوالدين، والرعاية الصحية، والتوعية، وتنسيق الموارد.

باختصار، تهدف المقاربات الملمّة-بالصدمة في الرعاية الصحية، والخدمات الاجتماعية، والتعليم، والمهن الأخرى إلى تطوير مبادئ وممارسات فضلى للاستجابة للأفراد الذين قد يختبرون آثار الصدمة، وتقوم هذه المقاربات بذلك من خلال دراية غير فردية بالأبعاد الاجتماعية والسياسية للصدمة، وفهم الصدمة باعتبارها مشكلة مجتمعية والاستجابة إليها باعتبارها مسؤولية النظام الجماعي\الاجتماعي.

البحث النفسي الملمّ-بالصدمة

رأينا في قسم أبحاث الصدمة في علم النفس السريري أنّ هنالك عدداً من المجالات البحثية حول الصدمة والتجارب المرتبطة بها في علم النفس السريري - على سبيل المثال، هنالك عدد كبير من الأبحاث حول اضطرابات الكَرْب ما بعد الصدمة التي تعقب تجارب مثل القتال الحربي، الاعتلال، الحزن، وحول اضطراب الكَرْب ما بعد الصدمة المعقد، وحول أفضل الممارسات العلاجية للاستجابة إلى الصدمة. مثل هذه الأبحاث قد تكون أو لا تكون "ملمّةً-بالصدمة" - أي قد تتشاطر أو لا تتشاطر التزامات "الممارسة الملمّة-بالصدمة" كما فهمناها في قسم الممارسة الملمّة-بالصدمة. أرغب الآن في الإشارة إلى أنه من خلال التفكّر في الأبحاث في علم النفس السريري عبر عدسات الممارسة الملمّة-بالصدمة التي وصفتها، يمكننا رصد بعض القضايا الاجتماعية والسياسية المهمة التي تنشأ في الأبحاث حول الصدمة في علم النفس السريري، سواء أن كانت هذه القضايا أم لم تكن ظاهرة على الدوام لأولئك العاملين في المجال.

قد نعتقد أنّ الأبحاث في علم النفس السريري ستكون أكثر بُعداً عن القضايا الاجتماعية والسياسية، وأنه في سياقات الممارسة السريرية أو صنع السياسة ستنشأ القضايا الاجتماعية والسياسية الصادقة بالفعل. وبعبارة خامّة، قد يكون من المغري الاعتقاد بأنّ البحث العلمي يكشف الحقائق الموضوعية فحسب حول العالم، وأنه فقط عندما نكون بحاجة إلى اتخاذ القرار بشأن ما

الذي يجب فعله مع هذه الحقائق (أي كيف نسمح للممارسة السريرية بأن تكون ملمّة بها، أو ما هي السياسات المراد تطويرها على أساسها) تنشأ التعقيدات الاجتماعية والسياسية. على العكس من ذلك، أرغب في الإشارة (مستخدمةً مثال الأبحاث حول الصدمة) إلى أنّ نطاق الأبحاث في علم النفس السريري يمكن أن تكون له قضايا اجتماعية وسياسية مهمة أيضاً. يمكن لبعض القضايا الاجتماعية والسياسية التي تنشأ في المعالجة أو الممارسة السريرية للتجارب الصدماتية أن تنشأ بطرق مختلفة عند مستوى البحث العلمي.

تنشأ القضايا الاجتماعية والسياسية في السياقات البحثية منذ اللحظة التي يتم فيها طرح الأسئلة البحثية - لماذا نختار التركيز على بعض الأسئلة بدلاً من الأخرى؟ إلى مَنْ تعود وجهات النظر الظاهرة في الأسئلة التي نختارها؟ لماذا يتم تمويل بعض الأسئلة البحثية بسهولة بينما البعض الآخر لا؟ ومن خلال عملية تصميم الاختبارات، وجمع البيانات، وتأويلها، وترسيخ الاستنتاجات البحثية، تُشكِّل قيم الباحثين وتلك التي تُلمّ بسياق بحثهم الأوسع البيانات التي يتم جمعها، وكيف تمّ جمعها، وكيف سيتم استخدامها (انظر Anderson 1995, 2004; Wylie 1996). لا تُعدّ الأبحاث في علم النفس السريري حول الصدمة مستثناة - أي ما هي الأسئلة المتعلقة بالصدمة التي يركّز عليها الباحثون، كيف يتم تصميم الاختبارات المتعلقة بالتجارب الصدماتية والتعافي، كيف يتم جمع البيانات وتأويلها من قِبل الناجين والآخرين، كيف يتم التوصّل إلى الاستنتاجات، هي عمليات مثقلة-بالقيمة على نحوٍ شامل. تكشف المجالات البحثية حول الصدمات عن قضايا اجتماعية وسياسية معينة فيما يتعلق **بكيفية فهم وتصوّر الفِرق البحثية للصدمات والتعافي**. يمكن أن يساعد محور الممارسات الملمّة-بالصدمة المذكور سابقاً على توضيح ذلك. تذكّر إنّ المقاربات الملمّة-بالصدمة تُصرّ على فهم الصدمة والتعافي بشكل غير فردي: فهي ترى الصدمة باعتبارها **مشكلة مجتمعية** (بدلاً من مشكلة فردية)، وترى **الاستجابة إلى الصدمة باعتبارها مسؤولية النظام الجماعي\الاجتماعي** (بدلاً من مسؤولية الفرد وحده). وفيما يتعلق بالأبحاث حول الصدمة في علم النفس السريري، يمكننا أن نسأل

على نحوٍ مماثل: هل تعتبِر الأبحاثُ الصدمةَ مشكلة فردية، أم مشكلة مجتمعية؟ وهل تعتبِر الأبحاثُ الاستجابة إلى الصدمة مسؤولية الفرد الناجي، أم مسؤولية النظام الجماعي\المجتمعي؟

ما الذي قد يعنيه بالنسبة للأبحاث حول الصدمة في علم النفس السريري اعتبار الصدمة مشكلة فردية؟ تفكّر في كيف أنّ مشاريع بحثية معينة يمكن أن تجعل الأمر يبدو كما لو أنّ الخبرات الصدماتية تنتمي إلى الأفراد وحدهم، بدلاً من التركيز على آثار الصدمة داخل العلاقات، والأُسر، والجماعات. في بعض حالات البحث، قد لا يركّز محور دراسة آثار الصدمة على الكيفية التي قد تُبلِغ من خلالها الهوية المجتمعية للناجي عن تجربته عن الصدمة، أو ربما جعلته أكثر عرضة للصدمة في المقام الأول - لا تتم معاملة التركيبة السكانية للمشاركين في البحث على أنها محور مهم للدراسة. ما الذي قد يعنيه عوضاً عن ذلك أن يعتبِر مثل هذا البحث الصدمة مشكلةً اجتماعية؟ يمكن لهذا البحث أن يُثبِت الدراية بالصدمة باعتبارها ميزة للعالَم يتشاطرها جميعنا، ميزة تؤثر بشكل حتمي على أحبّاء الفرد وشبكات الدعم الخاصة به، وميزة قد تُؤثر على نحوٍ غير متناسب على بعض أعضاء المجتمع على نحوٍ أكثر من غيرهم (كما هو الحال في بعض الصدمات (مثل، العنف الجنسي، العنف العنصري) التي تؤثر على مجموعات معينة أكثر من غيرها).

ما الذي قد يعنيه بالنسبة للأبحاث حول الصدمة في علم النفس السريري اعتبار مهمة الاستجابة إلى الصدمة مسؤولية الفرد الناجي؟ تفكّر في كيف يمكن للأبحاث حول الممارسات العلاجية الفضلى للاستجابة إلى الصدمة أن تُركّز بشكل شامل على مقاربات المعالجة الفردية (مثل، مقاربات العلاج السلوكي المعرفي، أو المقاربات الدوائية النفسية، أو المقاربات الكليّانية)، في حين تُركّز على نحوٍ قليل جداً على الاحتياجات الأوسع المتعلقة بالدعم الاجتماعي والوقاية القائمة-على التواصل. ما الذي قد يعنيه بالنسبة لهذه الأبحاث أن تعتبِر مهمة الاستجابة إلى الصدمة مسؤولية النظام الجماعي\المجتمعي؟ يمكن لهذه

الأبحاث، على سبيل المثال، التركيز بشكل أكثر شمولية على تحديد الدعم الاجتماعي الفعال لأولئك الذين عانوا من الصدمة، أو على استكشاف الموانع المشتركة التي تحول دون الوصول إلى ذلك الدعم حيثما وجد، أو على تحليل مدى أفضلية اندماج التدخّلات السريرية مع برامج الوقاية والتثقيف الواسعة النطاق (مثل، التدريبات على مكافحة الاعتداء الجنسي). بطبيعة الحال، لكي تركّز هذه الأبحاث على فهم أفضل للاستجابات المجتمعية المحتملة للصدمات، ستتطلب استكشاف مناهج أو مقاربات مختلفة لإجراء الدراسات. فعلى سبيل المثال، قد يحتاج البحث إلى أن يكون متعدد التخصصات على نحوٍ أكبر، متضمناً علماء في الصحة العامة، والتعليم، وتخصصات أخرى خارج علم النفس. قد يحتاج البحث كذلك إلى تسهيل مشاركة مستخدمي-الخدمة على نحوٍ أكثر شمولاً من بداية تصميم الدراسة ذاتها، لضمان الدراية بالدعم والموانع التي قد لا يتوقعها الباحثون من ناحية أخرى. قد لا تكون التحولات الضرورية في المناهج واضحة أو سهلة التنفيذ، لكنها قد تكون فائقة القيمة في تطوير الأبحاث النفسية الملمّة-بالصدمة.

الختام

مما يُعدّ مضمَّناً في ثنايا لغة الممارسة "الملمّة-بالصدمة" هو فهم أنّ الممارسين يجب أن يتم إبلاغهم ليس عن ماهية الصدمة فحسب وما هي الآثار المترتبة عليها على الأرجح، بل كذلك بشأن من أين جاءت الصدمة، وكيفية تأثيرها ووجوب الاستجابة إليها ليس من الأفراد الناجين فحسب، بل كذلك من جماعاتهم الواسعة النطاق. كما رأينا، إنّ تقديم العدسة الملمّة-بالصدمة إلى الأبحاث في علم النفس السريري يمكن أن يساعد على توضيح بعض القضايا الاجتماعية والسياسية المتأصلة في الأبحاث حول الصدمة في علم النفس السريري. وإلى جانب تسليط الضوء على أبعادها الاجتماعية والسياسية، قد تكون النماذج الملمّة-بالصدمة مفيدة لتقديم مقاربة للأبحاث حول الصدمة في علم النفس السريري تهتم بتلك القيم الاجتماعية والسياسية المهمة.

References

American Psychiatric Association (2013), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Anderson, E. (1995), Knowledge, Human Interests, and Objectivity in Feminist Epistemology, Philosophical Topics, 23:27-58.

Anderson, E. (2004), Uses of Value Judgments in Science: A General Argument, with Lessons from a Case Study of Feminist Research on Divorce, Hypatia, 19:1-24.

Asnis, G. M., Kohn, S. R., Henderson, M., and Brown, N. L. (2004), SSRIs versus non-SSRIs in Post-Traumatic Stress Disorder, Drugs, 64:383-404.

Blanchard, E. B. (1990), Elevated Basal Levels of Cardiovascular Responses in Vietnam Veterans with PTSD: A Health Problem in the Making? Journal of Anxiety Disorders, 4:233-237.

Boudewyns, P. A. and Hyer, L. A. (1996), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) as Treatment for PostStress Disorder (PTSD), Clinical Psychology & Psychotherapy, 3:185-195.

Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., and Westen, D. (2005), A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD, American Journal of Psychiatry, 162:214-227.

Brewin, C. R. (2005), Systematic Review of Screening Instruments for Adults at Risk of PTSD, Journal of Traumatic Stress, 18:53-62.

Brison, Susan J. (2002), Aftermath: Violence and the Remaking of a Self, Princeton, NJ: Princeton University Press.

Butler, L. D., Critelli, F. M., and Rinfrette, E. S. (2011), Trauma-Informed Care and Mental Health, Directions in Psychiatry, 31:197-208.

Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., and Green, B. L. (2011), Treatment of Complex PTSD: Results of the ISTSS Expert Clinician Survey on Best Practices, Journal of Traumatic Stress, 24:615-627.

Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V. D., Pynoos, R., Wang, J., and Petkova, E. (2009), A Developmental Approach to Complex PTSD: Childhood and Adult Cumulative Trauma as Predictors of Symptom Complexity, Journal of Traumatic Stress, 22:399-408.

Connor, K. M. and Davidson, J. R. T. (2003), Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), Depression and Anxiety, 18:76-82.

Cuthbertson, B. H., Hull, A., Strachan, M., and Scott, J. (2004), Post-Traumatic Stress Disorder after Critical Illness Requiring General Intensive Care, Intensive Care Medicine, 30:450-455.

Davidson, J. (1992), Drug Therapy of Post-Traumatic Stress Disorder, The British Journal of Psychiatry, 160:309-314.

Dyregrov, A. and Yule, W. (2006), A Review of PTSD in Children, Child and Adolescent Mental Health, 11:176-184.

Elliott, D. E., Bjelajac, P., Fallot, R. D., Markoff, L. S., and Reed, B. G. (2005), TraumaInformed or Trauma-Denied: Principles and Implementation of Trauma-Informed Services for Women, Journal of Community Psychology, 33:461-477.Foa, E. B. and Rothbaum, B. O. (2001), Treating the Trauma of Rape: CognitiveBehavioral Therapy for PTSD, New York: Guilford Press.

Foa, E. B., Rothbaum, B. O., and Molnar, C. (1995), Cognitive-Behavioral Therapy of PTSD, pp. 483-494. In Neurobiological and Clinical Consequences of Stress: From Normal Adaptation to PTSD. M. J. Friedman, D. S. Charney, and A. Y. Deutsch, eds. Philadelphia, PA: Lippincott-Raven.

Folkman, S. and Lazarus, R. S. (1988), The Ways of Coping Questionnaire, Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Ford, J. D., Chapman, J. F., Hawke, J., and Albert, D. (2007), Trauma among Youth in the Juvenile Justice System: Critical Issues and New Directions, Delmar, NY: National Center for Mental Health and Juvenile Justice.

Gentry, W. D. and Kobasa, S. C. (1984), Social and Psychological Resources Mediating Stress-Illness Relationships in Humans, pp. 87-116. In Handbook of Behavioral Medicine. W. D. Gentry, ed. New York: Guilford Press.

Goff, A., Rose, E., Rose, S., and Purves, D. (2007), Does PTSD Occur in Sentenced Prison Populations? A Systematic Literature Review, Criminal Behaviour and Mental Health, 17:152-162. doi:10.1002/cbm.653.

Gonçalves, R., Pedrozo, A. L., Coutinho, E. S. F., Figueira, I., and Ventura, P. (2012), Efficacy of Virtual Reality Exposure Therapy in the Treatment of PTSD: A Systematic Review, PloS One, 7:e48469.

Harbin, A. (2016), Disorientation and Moral Life, New York: Oxford University Press.

Harris, M. and Fallot, R. D. (2001a), Envisioning a Trauma-Informed Service System: A Vital Paradigm Shift, New Directions for Mental Health Services, 89:3-22.

Harris, M. and Fallot, R. D. (2001b), Trauma-Informed Inpatient Services, New Directions for Mental Health Services, 89:33-46.

Harris, M. and Fallot, R. D. (2001c), Using Trauma Theory to Design Service Systems, San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Herman, J. L. (1992), Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma, Journal of Traumatic Stress, 5:377-391.

Hoge, E. A., Austin, E. D., and Pollack, M. H. (2007), Resilience: Research Evidence and Conceptual Considerations for Posttraumatic Stress Disorder, Depression and Anxiety, 24:139-152.

Hopper, E. K., Bassuk, E. L., and Olivet, J. (2010), Shelter from the Storm: Trauma-Informed Care in Homelessness Services Settings, The Open Health Services and Policy Journal, 3:80-100.

Jaycox, L. (2004), Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools, Longmont, CO: Sopris West Educational Services.

Kaltman, S., and Bonanno, G. A. (2003), Trauma and Bereavement: Examining the Impact of Sudden and Violent Deaths, Journal of Anxiety Disorders, 17:131-147.

Keane, T. M., Newman, E., and Orsillo, S. M. (1997), Assessment of Military-Related Posttraumatic Stress Disorder, New York: Guilford Press.

Ko, S. J., Ford, J. D., Kassam-Adams, N., Berkowitz, S. J., Wilson, C., Wong, M., Brymer, M. J., and Layne, C. M. (2008), Creating Trauma-Informed Systems: Child Welfare, Education, First Responders, Health Care, Juvenile Justice, Professional Psychology: Research and Practice, 39:396-404.

Kobasa S. C. (1979), Stressful Life Events, Personality, and Health: An Inquiry into Hardiness, Journal of Personality and Social Psychology, 37:1-11.

Kobasa S. C., Maddi S. R., and Kahn S. (1982), Hardiness and Health: A Prospective Study, Journal of Personality and Social Psychology, 42:168-177.

Krystal, J. H., Kosten, T. R., Southwick, S., Mason, J. W., Perry, B. D., and Giller, E. L. (1989), Neurobiological Aspects of PTSD: Review of Clinical and Preclinical Studies, Behavior Therapy, 20:177-198.

Lawrence, J. W. and Fauerbach, J. A. (2003), Personality, Coping, Chronic Stress, Social Support and PTSD Symptoms among Adult Burn Survivors: A Path Analysis, Journal of Burn Care & Research, 24:63-72.

Lazarus, R. S. (1966), Psychological Stress and Coping, New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R. S. and Cohen, J. B. (1977), Environmental Stress. In Human Behavior and Environment, vol. 2. I. Altman and J. F. Wohlwill, eds. New York: Plenum.

Magruder, K. M. and Yeager, D. E. (2009), The Prevalence of PTSD across War Eras and the Effect of Deployment on PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis, Psychiatric Annals, 39:778.

Marans, S. and Cohen, D. (1993), Children and Inner-City Violence: Strategies for Intervention, pp. 281-301. In Psychological Effects of War and Violence on Children. L. Leavitt and N. Fox, eds. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Martin, N. (2001), Feminist Bioethics and Psychiatry, Journal of Medicine and Philosophy, 26:431-441.

McDonald, S. D. and Calhoun, P. S. (2010), The Diagnostic Accuracy of the PTSD Checklist: A Critical Review, Clinical Psychology Review, 30:976-987.

Mellman, T. A. and Hipolito, M. M. S. (2006). Sleep Disturbances in the Aftermath of Trauma and Posttraumatic Stress Disorder, CNS Spectrums, 11:611-615.

Miller, N. A. and Najavits, L. M. (2012), Creating Trauma-Informed Correctional Care: A Balance of Goals and Environment, European Journal of Psychotraumatology, 3:17246.

Muskett, C. (2014), Trauma-Informed Care in Inpatient Mental Health Settings: A Review

of the Literature, International Journal of Mental Health Nursing, 23:51- 59.

Nelson, H. L. (2001), Damaged Identities, Narrative Repair, Ithaca, NY: Cornell University Press.

Park, C., Cohen, L. and Murch, R. (1996), Assessment and Prediction of Stress- Related Growth, Journal of Personality, 64(1):71-105.

Pelcovitz, D., Goldenberg, B., Kaplan, S., Weinblatt, M., Mandel, F., Meyers, B., and Vinciguerra, V. (1996), Posttraumatic Stress Disorder in Mothers of Pediatric Cancer Survivors, Psychosomatics, 37:116-126.

Pietrzak R. H., Johnson, D. C., Goldstein, M. B., Malley, J. C., and Southwick, S. M. (2009), Psychological Resilience and Postdeployment Social Support Protect against Traumatic Stress and Depressive Symptoms in Soldiers Returning from Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom, Depression and Anxiety, 26:745-751.

Potter, N. N. (2006), Trauma, Truth, and Reconciliation: Healing Damaged Relationships, New York: Oxford University Press.

Potter, N. N. (2015), Reflections on Things We Don't Want to Think About: Intersections of Colonialism, Transgenerational Trauma, and Oppression within

Psychiatry, Journal of Ethics in Mental Health. URL=open/documents/JEMH_OpenVolume_Article_Theme_Colonization_Reflections_June2015.pdf.

Raja, S., Hasnain, M., Hoersch, M., Gove-Yin, S., and Rajagopalan, C. (2015), Trauma Informed Care in Medicine Current Knowledge and Future Research Directions, Family and Community Health, 38:216-226.

Rauch, S. A., Eftekhari, A., and Ruzek, J. I. (2012), Review of Exposure Therapy: A Gold Standard for PTSD Treatment, Journal of Rehabilitation Research and Development, 49:679-688.

Roth, S., Newman, E. Pelcovitz, D., Van Der Kolk, B., and Mandel, F. S. (1997), Complex PTSD in Victims Exposed to Sexual and Physical Abuse: Results from the DSMField Trial for Posttraumatic Stress Disorder, Journal of Traumatic Stress, 10:539-555.

Santiago, P. N., Ursano, R. J., Gray, C. L., Pynoos, R. S., Spiegel, D., Lewis-Fernandez, R., and Fullerton, C. S. (2013), A Systematic Review of PTSD Prevalence and Trajectories in DSM-5 Defined Trauma Exposed Populations: Intentional and NonIntentional Traumatic Events, PloS One, 8:e59236.

Schaaf, K. P. W., Artman, L. K., Peberdy, M. A., Walker, W. C., Ornato, J. P., Gossip, M. R., and Kreutzer, J. S. (2013), Anxiety, Depression, and PTSD Following Cardiac Arrest: A Systematic Review of the Literature, Resuscitation, 84:873-877.

Seedat, S. and Stein, D. J. (2000), Trauma and Post-Traumatic Stress Disorder in Women: A Review, International Clinical Psychopharmacology, 15:S25-S33.

Solomon, S., Gerrity, E., and Muff, A. (1992), Efficacy of Treatments for Posttraumatic Stress Disorder: An Empirical Review, JAMA, 268:633-638.

Steenkamp, M. M., Litz, B. T., Hoge, C. W., and Marmar, C. R. (2015), Psychotherapy for Military-Related PTSD: A Review of Randomized Clinical Trials, JAMA, 314:489-500.

Stewart, D. and Yuen, T. (2011), A Systematic Review of Resilience in the Physically Ill, Psychosomatics, 52:199-209.

Stein, B. D., Jaycox, L. H., Kataoka, S. H., Wong, M., Tu, W., Elliot, M. N., et al. (2003), A Mental Health Intervention for Schoolchildren Exposed to Violence, Journal of the American Medical Association, 290:603-611.

Taylor, N., Wilson, C., and Igelman, R. (2006), In Pursuit of a More Trauma-Informed Child Welfare System, APSAC Advisor, 18(2):4-9.

Tedeschi, R. G. and Calhoun, L. G. (1996), The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma, Journal of Traumatic Stress, 9:455- 471.

Tedeschi, R. G. and Calhoun, L. G. (2004), Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence, Psychological Inquiry, 15:1-18.Van Der Kolk, B. A. (2002), The Assessment and Treatment of Complex PTSD, pp. 127-156. In Treating Trauma Survivors with PTSD. R. Yehuda, ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Ventegodt, S., Kandel, I., Neikrug, S., and Merric, J. (2005), Clinical Holistic Medicine: Holistic Treatment of Rape and Incest Trauma, The Scientific World Journal, 5:288-297.

Weissbecker, I. and Clark, C. (2007), The Impact of Violence and Abuse on Women's Physical Health: Can TraumaTreatment Make a Difference?" Journal of Community Psychology, 35:909-923.

Wilson, J. P., Friedman, M. J., and Lindy, J. D. (2001), A Holistic, Organismic Approach to Healing Trauma and PTSD, pp. 28-566. In Treating Psychological Trauma and PTSD. J. P. Wilson, M. J. Friedman, and J. D. Lindy, eds. New York: The Guilford Press.

Wylie, A. (1996), The Constitution of Archaeological Evidence: Gender Politics and Science. In The Disunity of Science. P. Galison and D. Stump, eds. Palo Alto, CA: Stanford University Press.

Yehuda, R. (1999), Linking the Neuroendocrinology of Post-Traumatic Stress Disorder with Recent Neuroanatomic Findings, Seminars in Clinical Neuropsychiatry, 4:256-265.

Zisook, S., Chentsova-Dutton, Y., and Shuchter, S. R. (1998), PTSD following Bereavement, Annals of Clinical Psychiatry, 10:157-163.

أسئلة دراسية

1 - هل الملاحظات عن الاضطرابات الذهنية مثقلة-بالنظرية؟

2 - أي نوع من العلوم هو الطب النفسي؟

3 - ما هي الأدوار التي تلعبها القيم في الأبحاث العلمية حول الاضطرابات الذهنية؟

4 - ما هو التفسير السببي في الطب النفسي؟

5 - هل الاضطرابات الذهنية حقيقية أم مبنية مجتمعياً؟

القسم الخامس

الأخلاق والطب النفسي

الفصل الثالث عشر

الموافقة المستنيرة في الطب النفسي: المسائل القانونية والفلسفية

كلير بونسي وجون ف. ميرز

المقدّمة

إنّ الموافقة المستنيرة [informed consent]، المبدأ الأساسي للأبحاث والمعالجات البيولوجية الطبية، هي الفعل الطوعي المستقل للمرء للتخويل بالمعالجة الطبية الخاصة به مع وعيه باعتلاله، وحاجته إلى العلاج، وخيارات العلاج، والمخاطر والفوائد المحتملة لكل منها، في ضوء القيم الشخصية والوضع الفريد للمرء. على الرغم من مركزيتها، إلا أنّ الموافقة المستنيرة هي هدف صعب التحقيق، حتى في أفضل الظروف. ومن المفارقات، أنّ الموافقة المستنيرة غالباً ما تزداد تعقيداً بسبب القيود التي تفرضها معالجة الاعتلال التي يُراد منها التخفيف. وهذا صحيح بشكل خاص في الطب النفسي، عندما يُراد معالجة القيود، والإعدادات التي تُقدَّم فيها هذه المعالجة تجعل الموافقة المستنيرة صعبةً من الناحية المفاهيمية والعملية.

إنّ هدفنا هو إعطاء نظرة عامة عن المسائل الفلسفية حول الموافقة المستنيرة التي يواجهها الأطباء النفسيون في الممارسات المعتادة. في هذا الفصل، سنناقش القضايا الإبستمولوجية، والأخلاقية، والقانونية التي تستند إليها الموافقة المستنيرة في الطب والطب النفسي. ونركّز بشكل أساسي على الموافقة المستنيرة للعلاج، مع مراعاة الموافقة المستنيرة للمشاركة البحثية في النهاية. لدينا هدفان: الأول، سنقدّم الموافقة المستنيرة باعتبارها إجراءً تعاونياً

مستمراً بين مقدِّمي الرعاية والمرضى يُعزز تقرير-المصير لدى المريض ويحدّ من الإكراه والتجاوز المهني. الثاني، نسلّط الضوء على القضايا الفلسفية المحيطة بالموافقة المستنيرة التي يواجهها الأطباء النفسيون بانتظام، سواء في دور الأطباء النفسيين الاستشاريين أو كمقدّمي الرعاية في مختلف بيئات المعالجة الطبية النفسية.

أخلاقيات وإبستمولوجيا الموافقة المستنيرة

متابعةً لـ Faden & Beauchamp (1986)، عرفّنا الموافقة المستنيرة للمعالجة الطبية على أنها العملية الطوعية المستقلة للتخويل بالمعالجة الطبية الخاصة بالمرء، مع وعيه باعتلاله، وحاجته إلى العلاج، وخيارات العلاج، ومخاطر وفوائد كل منها، في ضوء موقف المرء وقيمه الشخصية. في الإطار السريري، تدعم الموافقة المستنيرة حق المرضى في تقرير المصير، وحق تحديد مسار العلاج الذي يرغبون بمتابعته، إن وجد. يتم تقديم المعالجات وتنفيذها للتخفيف من الألم والمعاناة، أو لإطالة الحياة. تعمل الموافقة المستنيرة على تعزيز قدرة المرضى الذين يعانون من اعتلال أو إصابة ما على اتخاذ القرارات العلاجية المعقولة التي يعتقدون أنها، بالتشاور مع فريق العلاج، والأسرة، وغيرهم من مقدّمي الرعاية الصحية، وربما الأصدقاء المقربين، ستكون الأفضل بالنسبة لهم. وبذلك تُمكّن الموافقة المستنيرة المرضى من المساهمة بشكل مُجدي في القرارات التي تؤثر على رعايتهم الصحية ورفاههم النهائي. تنصْ العقيدة الأخلاقية للموافقة المستنيرة على أن يُشرك الأطباء الاستشاريون الممارسون مرضاهم في اتخاذ القرارات قدر الإمكان، إلى الحد الذي يودّ المرضى فيه لعب دور فاعل (Meisel 1996).

يفترض مسبقاً تقرير-المصير هذا أنّ المرضى لديهم القوة الإبستمية والأخلاقية التامة. والقوة [agency] هي قدرة المرء على التصرّف نيابة عن نفسه. والقوة الأخلاقية هي القدرة على التصرّف بشكل طوعي وقصدي كعضو في

جماعة أخلاقية وفقاً للقيم والمبادئ الأخلاقية المشتركة التي تحكم (1) ما هو الخطأ أو الصواب الواجب فعله، و(2) كيفية محاسبة المخالفين. هنالك مثالان فلسفيان مشهوران عن الجماعات الأخلاقية النظرية هما رؤية هوبز عن الفاعلين الأخلاقيين الذين يعيشون وفقاً لقواعد العقد الاجتماعي الضمني (Hobbes 1994) ووصف كانط للفاعلين الأخلاقيين المشاركين بشكل متبادل في الجماعة الأخلاقية وفقاً لالتزامات أخلاقية معترف بها (Kant 1993). على أية حال، قد يضم الفاعلون الأخلاقيون أيضاً الكثير من الجماعات المحلية وغير الرسمية. قد تكون الجماعة الأخلاقية أي مجموعة تُنشئ بشكل ضمني أو صريح قواعد تحكم السلوك بين الأشخاص، مثل قانون أخلاقيات مدرسة أو منظّمة مهنية ما. تؤسس أخلاقيات الموافقة المستنيرة جماعةَ أخلاقية تتألف من الأطباء والمرضى. ومن خلال جعل المريض مسؤولاً عن خيارات العلاج الخاصة به، تجعل عقيدة الموافقة المستنيرة المرضى فاعلين أخلاقيين كاملين، مشاركين كاملين في اختيار ما يمكن للطبيب فعله أو عدم فعله لجسم ذلك الشخص. المقطع الذي يبدأ بهذه العبارة هو مقطع مستقل افصله المستنيرة القوة الإبستمية. في الفلسفة، الإبستمولوجيا هي دراسة المعرفة، وتتضمن الأسئلة حول ما نقبله على أنه معرفة وأسس القيام بذلك. تماماً مثلما يمكن تعريف الجماعة الأخلاقية من خلال القواعد والقيم المشتركة للتعامل بين الأشخاص، يمكن تعريف الجماعة الإبستمية على أنها جماعة من العارفين، فاعلين إبستميين مع رؤى مشتركة عن كيفية نشوء المعرفة ودوامها، ولماذا بعض الاعتقادات دون الأخرى تُعتبر معرفة، وما الذي يُشكِّل الخبرة بدلاً من المعرفة الشائعة، وكيف تُستعمل المعرفة في عملية اتخاذ القرارات، من الخيارات اليومية المعتادة إلى المشاورات الأكثر أهمية في ضوء قيم الحياة العامة. إنّ القوة الإبستمية هي القدرة على الكون مشارِكاً كاملاً فكرياً ومعرفياً في جماعة العارفين.

على الرغم من أنّ الموافقة المستنيرة غالباً ما تُعتبر عقيدة أخلاقية، إلا أنّ القضايا الإبستمولوجيا كانت أساسية فيها دائماً. ومع ذلك، فإنّ إبستمولوجيا الموافقة المستنيرة نادراً ما تُناقَش بشكل صريح في أدبيات الطب، أو الأخلاق

البيولوجية، أو الفلسفة. تُسمّي الرؤية التقليدية للموافقة المستنيرة خمسة مكونات أساسية: (1) **الإفصاح** الكافي عن المعلومات الطبية من قِبل الطبيب الاستشاري، (2) **قدرة** المريض على اتخاذ قرار مستقل، (3) **فهم** المريض للمعلومات الطبية والتفكير في القيم والمصالح الفضلى الخاصة به، (4) **طواعية** اختيار المريض، (5) **تخويل** المريض للمعالجة (Appelbaum & Gutheil 2007; Beauchamp & Childress 2001; Faden & Beauchamp 1986; National Commission 1979). لقد وجدنا أنّ سرد مكونات الموافقة المستنيرة بهذه الطريقة يحجب العلاقات فيما بينها. وفهم الموافقة المستنيرة من خلال كل من القوة الإبستمية والقوة الأخلاقية يلتقط بشكل أفضل العلاقات بين المكونات ويبلغ المثل العليا الكامنة وراء عقيدة الموافقة المستنيرة وممارستها، كما سيتضح أثناء المناقشة. يسمح لنا الترابط المتبادل بين المفاهيم الإبستمولوجية للإفصاح، والقدرة، والفهم، والتفكير بتقدير حجم التعقيد الفلسفي لعقيدة الموافقة المستنيرة في الطب بشكل عام، وفي الرعاية الطبية النفسية بشكل خاص. لا تُعدّ الموافقة المستنيرة مبدأً أخلاقياً فَحسب حول كيفية معالجة الأطباء للمرضى كأعضاء في جماعة أخلاقية مشتركة، بل كذلك كمبدأ توجيهي للأطباء لجلب المرضى إلى جماعة إبستمية مشتركة. على الرغم من أنّ الموافقة المستنيرة عادة ما تُعتبر من اختصاص الأخلاقيات الطبية، إلا أنّ الاهتمامات الإبستمولوجية أساسية في التطبيقات العادية لعقيدتها.

قبل أن تترسّخ عقيدة الموافقة المستنيرة، استحوذت سلطة الأطباء الاستشاريين وخبرتهم على القوة الإبستمية والأخلاقية للمرضى. فالمرضى والأطباء على حدٍ سواء اشتركوا في عقلية "الطبيب يعرف الأفضل"، أو "ثِق بي، أنا الطبيب". كان دور المريض أن يكون مُطاوعاً؛ وكان دور الطبيب تطبيق المعرفة المتسمة بالخبرة لعلاج المريض. على أية حال، لم يقدّم الأطباء التكهنات دائماً، أو حتى التشخيصات، ولم يناقشوا على الدوام خيارات العلاج والمخاطر المتوقعة والفوائد المحتملة الكامنة فيها مع المرضى. وكان الأطباء يكشفون بشكل انتقائي عن تفاصيل الاعتلال ذي الصلة، والحاجة إلى

المعالجة، ونطاق المعالجات المتاحة وأضرارها وفوائدها المحتملة، والعواقب المتوقعة لقبول المعالجة أو رفضها (Katz 1984). هذه الإغفالات نَفَت القوة التامة للمرضى في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية. حيث نَفَت القوة الإبستمية من خلال حجب المعرفة الطبية الضرورية للمرضى في اتخاذ قرارات العلاج الخاصة بهم، ونَفَت القوة الأخلاقية لأنه من دون تلك المعرفة، لا يمكن للمرضى اتخاذ قرارات تحديد-المصير بشأن اهتماماتهم العامة بشكل صادق.

إنّ عقيدة الموافقة المستنيرة هي القول الفصل بالنسبة للأطباء لكي يُصبحوا مُعلِّمين ومتعاونين بشأن توصياتهم العلاجية. تتطلب الموافقة المستنيرة معالجة المرضى باعتبارهم فاعلين أخلاقيين كاملين قادرين على اتخاذ خيارات حياتهم الخاصة وفقاً لقيمهم وأهدافهم. وتتطلب الموافقة المستنيرة كذلك معالجة المرضى باعتبارهم فاعلين إبستميين كاملين قادرين على اكتساب المعرفة الطبية ذات الصلة واستخدامها وتطبيقها لتخدم أهدافهم الخاصة. في الإعدادات السريرية، لا يتطلب هذا فقط الإفصاح عن المعلومات الطبية المتعلقة بتشخيص المرء وخيارات العلاج والمخاطر والفوائد المصاحبة لها، بل يتطلب كذلك الإفصاح بطريقة يمكن للفاعل الإبستمي المرافق أن يفهمها بشكل مناسب من دون أن تكون لديه خبرة طبية. إنّ عقيدة الموافقة المستنيرة تفترض مسبقاً أنّ المرضى يمتلكون القدرة على تقدير احتياجاتهم الطبية والشخصية، والأساس المنطقي لتوصية مقدِّمي الصحة بالعلاج، وإيجابيات وسلبيات تلقّي العلاج ورفضه. بعبارة أخرى، تفترض مسبقاً الموافقة المستنيرة مقدرة المرضى على استخلاص استنتاجاتهم العقلانية واتخاذ خيارات غير مقيّدة بشأن هل يجب السماح بإجراء العلاج الموصى به أم لا.

الموافقة المستنيرة والقانون

لقد تطورت فلسفة وقانون الموافقة المستنيرة جنباً إلى جنب. وكمسألة عامة، فإنّ القانون، مع استثناء واحد ملحوظ (Helling v Carey 1974)، لم يتزعّم

الصدارة، عوضاً عن ذلك أذعنَ إلى الممارسات الطبية لتأسيس المعايير القانونية للرعاية[1]. ينطبق هذا على الموافقة المستنيرة في الأبحاث والبيئات السريرية، على الرغم من أنّ الطريق إلى المعايير القانونية في هذين المجالين تباينَ بشكل كبير. والأهم من ذلك، بالنسبة للباحثين والأطباء الاستشاريين الممارسين، إنّ ما يتطلبه القانون في إعدادات البحث والعلاج يختلف كذلك.

اشترطَ القانون موافقة المرضى على أي لمس جسدي لجسمهم من قبِل الطبيب منذ أكثر من قرن (Schloendorff v. The Society of the New York Hospital 1914). نشأت الموافقة المستنيرة من وجهة النظر التي مفادها أنّ الموافقة يجب أن تستند إلى الإفصاح الكافي عن المعلومات، وأنّ الإخفاق في إبلاغ المريض بشكل كاف سُيبطل الموافقة المقدّمة. كانت أول قضية قانونية تستخدم مصطلح "الموافقة المستنيرة" هي لـ Salgo v. LeLand Stanford Jr. Board of Trustee (1957). خلال ستينات وسبعينات القرن الماضي اعترفت المحاكم في العديد من الولايات بقضية ذات صورة القانونية عن انعدام الموافقة المستنيرة. ومما هو من الأهمية بمكان أنّ عقيدة الموافقة المستنيرة وفّرت تعويضاً عن المخاطر المتوقعة للرعاية التي تحدث بغض النظر عن نوعية الرعاية المقدّمة (والكفاية القانونية).

لكي تعترف بعقيدة الموافقة المستنيرة خاضت إحدى المحاكم السابقة صراعاً مع المشكلة التي فرضها الاستنتاج المنطقي الذي مفاده إذا لم يتم إبلاغ

---

(1) قضت المحكمة العليا في واشنطن في هيلينغ أنه يجب على أخصائيي العيون الحصيفين القيام باختبار ضغط باطن العين للمرضى الذين تقل أعمارهم عن 40 عام، مقررين، كمسألة قانونية، أنّ الفوائد المحتملة لتفادي العمى من جلوكوما غير مكتشفة لكن بعيدة الاحتمال للغاية تفوق الحد الأدنى لكلفة الاختبار. لقد كان قرار المحكمة مثيراً للجدل إلى حدٍ كبير، حيث أخذت نظرة بسيطة جداً عن عدم اليقين التشخيصي، ولم تتبع المحاكم الأخرى رغبتها في تحديد الكفاية القانونية للممارسات الطبية بشكل قاطع (Fortess & Kapp 1985: 212).

المريض بشكل كاف، فإنّ الموافقة غير صحيحة، وما ينجم عن ذلك هو اعتداء (Natanson v. Kline 1961). الاعتداء هو اللمس المقصود وغير الموافق عليه من الآخر، ويؤدي إلى نشوء مسؤولية مدنية محتملة عن الأضرار الناجمة عن اللمس، وأضرار عرضية متعلقة بإهانة الشخصية، وأضرار عقابية محتملة لردع مثل هذه السلوكيات في المستقبل. عادة ما يستثني تأمين سوء التصرف هذه الأفعال المقصودة، مما يترك الأطباء عرضة للخطر. علاوة على ذلك، يسعى القانون إلى تعزيز إفصاحات الطبيب الاستشاري عن المخاطر، والفوائد المحتملة، والعلاجات البديلة أمام المرضى، والتحقيق القانوني حول هل فِعل الطبيب لذلك كان أقرب إلى الإهمال، لاسيما عندما يكون الطبيب قد ثبَّتَ بالفعل تعبير المريض عن الموافقة، ولاحقاً فقط، يمكن الحكم أنه استند إلى إفصاح غير كافٍ من الناحية القانونية. وهكذا، فإنّ معظم المحاكم التي تبنّت العقيدة ركّزت على سلوك الطبيب، مميزةً الفشل في الإبلاغ بشكل كاف على أنه سوء تصرّف أو إهمال موجِب لإقامة الدعوى.

والمشكلة الثانية التي واجهتها المحاكم هي إثبات التسبيب. تتطلب المسؤولية عن الإهمال المهني إثبات أربعة عناصر: (1) الواجب، (2) خرق هذا الواجب، (3) ضرر يمكن منح تعويضات مالية له، (4) تسبيب ذلك الضرر. في الموافقة المستنيرة، هنالك واجب قانوني على الطبيب يتمثل في إبلاغ المريض بشكل كاف، والفشل في القيام بذلك يؤدي إلى خرق الواجب. يجب أن يكون الضرر المشتكى عنه ناجماً عن رعاية مقدّمة تحت موافقة مسبقة ناقصة، وباستثناء الافتقار إلى الإفصاح، لم يكن ليحدث الضرر. إنّ التسبيب في هذه الحالة متشعّب: فالضرر أو الإصابة يجب أن تكون مسبَّبة جسدياً بواسطة الرعاية الطبية المقدّمة ("تسبيب الضرر")، وإضافة إلى ذلك، كان من المحتمل أن يكون القرار الذي اتخذه المريض مختلفاً لو كان هناك مزيدٌ من الإفصاح التام ("تسبيب القرار") (Meisel & Kabnick 1980). إنّ تحليل القضايا المنشورة للموافقة المستنيرة يشير بقوة إلى أنّ تسبيب القرار يعمل على تقييد الالتزام بالإفصاح، لأنّ المرضى عامةً ما سيوافقون على توصيات الطبيب بغض النظر

عمّا تمّ إخبارهم (Merz 1991). تفاقمت هذه المشكلة من خلال تركيز المحاكم على الإفصاح عن المخاطر المعروفة التي برزت فعلياً في القضايا التي بين أيديهم، متجاهلة هل المخاطر الأخرى غير المُفْصح عنها - التي لم تؤتِ ثمارها - كانت ستغيّر قرار المريض (Merz et al. 1993).

أما المشكلة الثالثة بالنسبة للمحاكم فهي تحديد ما هي المعايير التي نحكم من خلالها أنّ المريض كان سيتخذ قراراً مختلفاً. عادة ما يركّز قانون الإهمال على سلوكيات الشخص العقلاني المتخيّل، وسيكون من غير العادل جعل الأطباء الاستشاريين عُرضة للقرارات الفردية بحق التي سيؤكد المرضى المضطهدون أنهم كانوا سيتخذونها. وهكذا، قضت محاكم الولايات المتحدة على نحوٍ موحّد أنه لا يمكن أن تكون هنالك مسؤولية إلا إذا، إلى جانب عناصر أخرى، قررت هيئة المحلفين أنّ الشخص العقلاني الذي في موقف المريض-المشتكي كان سيختار بشكل مختلف لو كان هناك مزيد من الإفصاح التام (Canterbury v. Spence 1972). تستخدم نيوزيلندا وكندا، على نحو لافت، معيار المريض الذاتي؛ في الواقع، قد يكون هناك اختلاف بسيط، لأنّ المريض المضطهد يجب أن يُقنع هيئة المحلفين أنه كان سيتخذ بالفعل قراراً مختلفاً، وهذا قد يصعب القيام به.

المشكلة الرابعة بالنسبة للمحاكم هي تحديد كيفية تقييم كفاية الإفصاح. ما هو المعيار الذي يُقيِّم القانون من خلاله كفاية ما تمّ إخباره للمريض، وطريقة الإخبار، ومتى، ومقدار الفرصة التي كانت المتاحة للمريض لاستيعاب المعلومات والنظر فيها عند اتخاذ القرار؟ العديد من المحاكم اتبعت قاعدة عامة لقانون الإهمال، مطالِبة مقدِّمي الرعاية الصحية بالإفصاح عن المعلومات التي سيُفصِح عنها مقدّمو الرعاية الآخرون تحت نفس الظروف. في المقابل، طبّقت العديد من المحاكم الأخرى معيار "المريض الحصيف"، مطالِبة الأطباء الاستشاريين بالإفصاح عن المعلومات التي سيرغب المريض الحصيف على نحوٍ معقول في معرفتها، أو المعلومات التي ستكون "جوهرية" بالنسبة للشخص

العقلاني في موقف المريض. وبعض المحاكم اشترطت الحالتين (Cobbs v. Grant 1972).

واستجابةً للاعتماد الواسع على الموافقة المستنيرة كأساس قانوني بخصوص مسؤولية سوء تصرّف الأطباء خلال السبعينات، سنَّت عدة ولايات قوانين الموافقة المستنيرة في الثمانينات لتقليل هذه المسؤولية إلى الحد الأدنى. تفاعلت العديد من هذه القوانين مع ما اعتبروه أعباءً غير واقعية على كاهل الأطباء الاستشاريين من خلال تقييد التزامات الإفصاح الخاصة بالأطباء، مطالِبة على نحوٍ نموذجي بإفصاحٍ معياري يمكن أن يُستوفى بسهولة من قِبل مقدِّمي الرعاية الصحية، وبالتالي تمّ التخلي عن الأهداف الأخلاقية السامية المتمثلة في تعزيز نقاشات الطبيب-المريض، وتبادل المعلومات، وصنع القرار المشترك.

هنالك ثلاثة دروس جاهزة من هذه المراجعة. الأول، إنّ القانون أداة غير قاطعة تخدم أغراضاً كثيرة؛ ويجب أن يكون الأطباء الممارسون على دراية بشروط الموافقة المستنيرة في الولايات التي يمارسون فيها، لكن يجب عليهم ألا ينظروا إلى القانون على أنه يُملي عليهم كيفية التصرّف.

الثاني، إنّ الأطباء الممارسين يجب أن يسعوا إلى إشراك مرضاهم في اتخاذ القرار قدر الإمكان، إلى الحد الذي يرغب فيه المرضى لعب دور فاعل (Meisel & Kuczewski 1996). لا ينص القانون ولا الأخلاق على أنه يجب على المرضى القرار، لكنّ الأمرَ متروك للطبيب والمريض للتوصّل إلى طريقة معقولة يشترك فيها المريض في اتخاذ قرارات العلاج والمسؤولية عنها، والنظر في خياراته وجلب قيمه الخاصة، وآماله، وخبراته، وتوقعاته عن التحمّل.

الثالث، من المهم التمييز بين معنيين مختلفين "للموافقة المستنيرة" (Faden & Beauchamp 1986)، سنُطلق عليهما الموافقة المستنيرة "الأخلاقية" والموافقة المستنيرة "الإدارية". فالمتدربون الطبيون على دراية بالموافقة المستنيرة الإدارية. حيث يتحدث أعضاء فريق العلاج في مختلف التخصصات

الطبية حول هل المريض الذي ينتظر الإجراء "وافق" حتى الآن، و"هل الموافقة موجودة على المخطَّط"، مما يجعل الموافقة المستنيرة وكأنها خانة اختيار في قائمة المهام الإدارية-القانونية بدلاً من عملية تعليمية تعاونية. تعكس المواقف المسبقة الإدارية التعزيز القانوني للعقيدة الأخلاقية للموافقة المستنيرة. ومع ذلك، من المفارقات، أنّ الآليات القانونية لتعزيز عملية الموافقة المستنيرة تحرف تصورات الموافقة المستنيرة من عملية تعليمية، تعاونية، مستمرة إلى منتَج توثيقي [documented]. تتبع الموافقة المستنيرة الإدارية حرفية عقيدة الموافقة المستنيرة لا مقصدها. ولحماية أنفسهم من ادّعاءات سوء التصرّف [خطأ الممارسة]، يوثّق الأطباء والمستشفيات موافقة المرضى على الدخول إلى المستشفى، الأدوية، الدراسات، الإجراءات. ومع ذلك، يُسجّل هذا التوثيق بعبارات عامة أنه قد جرت المحادثة وأنّ المريض قد وافق على الرعاية. تخلق الموافقة المستنيرة الإدارية هذه، بقدر ما تهدف إلى حماية الممارسين والمؤسسات من دعاوى سوء التصرّف القضائية، علاقة اتهامية عوضاً عن تعاونية مع المرضى (Tauber 2005). من الآن فصاعداً، ستعتبِر مناقشتنا الموافقة المستنيرة عملية تعاونية مستمرة بدلاً من منتجٍ توثيقي أو إجراء شكلي إداري.

الطب النفسي النفسجسدي وتحديدات القدرة

ذكرنا أنّ الموافقة المستنيرة تشتمل تقليدياً على خمسة مكونات: الإفصاح، القدرة، التفكير والفهم، الطواعية، التخويل. من المفيد التفكير في اثنين من تلك المكونات باعتبارهما شرطين قبليين للموافقة المستنيرة. الأول هو الإفصاح: لقد رأينا أنّ القانون يتطلب إفصاح الطبيب الاستشاري عن المعلومات الطبية ذات الصلة، لأنّ الموافقة المستنيرة تكون مستحيلة إذا كان المريض جاهلاً بحالته الطبية، والمعالجة المقترحة، والفوائد والمخاطر المتوقعة للعلاج وبدائل العلاج. فمن الناحية الفلسفية، يتعين على الطبيب إدخال المريض إلى الجماعة الإبستمية المشتركة من خلال تثقيف المريض بشأن حالته،

والمعالجات المتاحة، والفوائد والمخاطر المحتملة. الشرط القبلي الثاني هو القدرة: تبطل الحاجة إلى الموافقة المستنيرة إذا افتقر المريض إلى القدرة على فهم المعلومات المُفْصَح عنها وأعطى تخويلاً مسبقاً طوعياً. في بعض الأحيان تستخدم الأدبيات الخاصة بالموافقة المستنيرة مصطلحات "القدرة" و"الكفاءة" بشكل متبادل. ونحن نحترم الاتفاقية التي مفادها أنّ الأطباء الاستشاريين يقدّمون تقييمات القدرة، في حين تُقدّم المحاكم تحديدات الكفاءة. هنالك فرقان. الأول إنّ التحديد القانوني لعدم الكفاءة هو تحديد عالمي مفاده أنّ الشخص غير معترف به كفاعل قانوني، كشخص يمكنه أن يتخذ قراراته القانونية الخاصة بشأن الإرادة، المثول أمام المحكمة، العيش بمفرده، إلخ. فالأطفال يفتقرون إلى القوة القانونية حتى سن الرشد، وعادة ما يكون ثمانية عشر عاماً، وحتى ذلك الوقت يكون الوالدان أو الأوصياء القانونيون الآخرون هم متخذي القرارات الطبية الخاصة بهم. والأشخاص ذوي الإعاقات الإدراكية العصبية أو الفكرية قد يكونون غير أكفّاء قانونياً ويُعيَّن لهم أوصياء الذين ستكون لديهم السلطة القانونية للموافقة نيابة عن المريض. تُصبح القدرة مشكلة بالنسبة للأشخاص الذين يُفترض أنهم فاعلون إبستميون وقانونيون، لكن يبدو أنّ قوتهم الإبستمية قد تعرضت للخطر.

الفرق الثاني بين القدرة والكفاءة القانونية هو أنّ القدرة يتم تحديدها نسبةً إلى مهام محددة. فبسبب طوله، قد تكون لدى الشخص القدرة على تغيير المصباح الكهربائي لمصباح الطاولة ولكن ليس مصباح السقف. وبسبب مستوى التعليم، قد تكون لدى أحدهم القدرة على القيام بمعادلات رياضية بسيطة ولكن ليس المعادلات التفاضلية. عندما نتحدث عن القدرة فيما يتعلق بالموافقة المستنيرة عن قرارات العلاج، فإنّ السؤال المحدد هو هل يمكن للشخص، في وقت معين، فِهم حالته الطبية والمعلومات التي قدّمها طبيبه، تقدير الظروف التي هو فيها، التفكير بشأن خياراته في ضوء قيم وظروف حياته الخاصة، تخويل أو رفض العلاج الموصى به.

وبالتالي، تُثير القدرة مشكلة منطقية من جهة أنّ تعريف القدرة دائري: فالموافقة المستنيرة يتم تعريفها جزئياً من خلال القدرة (باعتبارها أحد المكونات الخمسة)، والقدرة تُعرّف بأنها القابلية على إعطاء الموافقة المستنيرة للإجراء الطبي المعين. فعلى سبيل المثال، "في السياق الطبي، تُشير القدرة إلى القابلية على استخدام المعلومات حول الاعتلال وخيارات العلاج المقترح لاتخاذ خياراً يتوافق مع تفضيلات المرء وقيمه الخاصة" (Karlawish 2016). أو في مثال آخر، تُعرّف القدرة على أنها القابلية الكافية لاتخاذ قرار علاج مُجدي بالنظر إلى الظروف التي يواجهها المريض (Appelbaum & Gutheil 2007: 196). لا يعلّق الكثير من المؤلفين على هذه الدائرية أو يعاملونها على أنها إشكالية. وبما أنّ المهمة المحددة المطروحة هي اتخاذ قرار مستقل ومستنير بشأن العلاج الطبي، فإنّ القدرة المذكورة تُشير إلى تلك المهمة وليس، مثلاً، القدرة على قلب ضجر الشخص أو تقديم شهادة أو وصية أخيرة. ومع ذلك فإنّ التعريف واقع في الدور من الناحية التقنية. وهذا التعريف الدائري للقدرة يجعل من المستحيل تحديد معايير واضحة لتأكيد الدرجة التي يمتلك من خلالها الشخص المعين القدرة على اتخاذ قرار علاج معين، أو بعبارة أخرى، هل القوة الإبستمية لذلك الشخص محدودة. هذا التحدّي المنطقي يُصبح من اختصاص الطب النفسي النفسجسدي [psychosomatic] في "الاستشارة بشأن القدرة".

في معظم بيئات الرعاية الصحية، يتم افتراض وجود القوة الإبستمية. إنّ تقييمات القدرة ضمنية وغير رسمية، وتحدث كجزء من الفحوصات الطبية اليومية. وبشكل عام لا يتساءل مقدّمو العلاج عن هل المريض قادر على فهم طبيعة اعتلاله وخيارات العلاج المتاحة، ولا يطلبون من المريض تسويغ قرار العلاج أو توضيح طريقة التفكير التي توصّل من خلالها إليه. على أية حال، في المستشفيات وبيئات الرعاية المركّزة الأخرى، غالباً ما يدعو الأطباء المعالجون الأطباء النفسيين لتحديد هل المريض لديه القدرة على التخويل بالعلاج أو - في كثير من الأحيان - رفضه. على الرغم من أنّ جميع الأطباء الاستشاريين يمكنهم تقديم تحديدات للقدرة، إلا أنه تتم الاستعانة بالأطباء النفسيين لغرض التقييمات

الرسمية للقدرة لتأكد من قدرة المريض على اتخاذ قرار علاج معين في مرحلة معينة من الزمن.

على الرغم من أنّ الأطباء الاستشاريين عادة ما يفترضون وجود القوة الإبستمية لمرضاهم، إلا أنّ الأدبيات المتعلقة بمحو الأمية الصحية تتحدى هذا الافتراض. يميل الأطباء الاستشاريون إلى افتراض أنّ المرضى لديهم روى عالمية متماسكة، وطرق متسقة وعقلانية لاتخاذ القرارات، ومناهج معرفية للتنبؤ بكيفية توافق مختلف الخيارات العلاجية مع أهداف حياتهم وقيمهم. فهُم يفترضون أنّ المرضى يفهمون المخاطر النسبية إزاء اللايقين الطبي. وغالباً ما يفترض مقدّمو الرعاية أنّ المرضى يفهمون المعلومات الطبية الفنية التي تُعطى لهم ويستخدمونها في اتخاذ قرارتهم. تتجاهل هذه الافتراضات المشاكل الموثقة في مجال محو الأمية الصحية، والقابلية على اكتساب ومعالجة وفهم المعلومات الصحية الأساسية والخدمات الصحية. يذكر قسم التعليم في الولايات المتحدة أنّ فقط 12 بالمائة من البالغين الناطقين باللغة الإنكليزية يُجيدون فهم المعلومات الصحية والخدمات الصحية (Kutner et al. 2006). على أية حال، لكي تكون الموافقة المستنيرة مصرّحاً بها، يجب أن يكون المرضى قادرين بالفعل على فهم المعلومات الطبية المقدّمة، مما يعني أنّ الأطباء الاستشاريين يجب أن يأخذوا الوقت الكافي لشرح الاعتلالات والعلاجات، وربما أكثر من مرة، وإجابة أسئلة المرضى على حسب الحاجة لجعلهم زملاء عارفين. ويجب أن يكونوا قادرين على التعامل مع تلك المعلومات في ضوء ظروفهم الطبية والحياتية، بما يتوافق مع قيمهم الخاصة، ويفعلون ذلك في بيئة يمكن فيها اعتبار مشاركة العلاج طوعية حقاً.

إنّ الحالة الطبية التي تتطلب العلاج يمكن أيضاً أن تحد من القوة الإبستمية. كثيراً ما لا يتم استيفاء التوقعات الإبستمية في بيئات الرعاية الطبية المركّزة ببساطة بسبب طبيعة القيود التي يخلقها الاعتلال. يمكن أن يؤثر الألم، العدوى، التغييرات الأيضية، الإصابة الجسدية، أعراض الحالات الطبية

النفسية، الإدراكية العصبية، وأعراض أخرى على انتباه المريض إلى المعلومات الطبية وفهمها. ويمكن لهذه الأعراض أيضاً أن تحد من قابلية الشخص على تقدير مدى ارتباط المعلومات المُفصَح عنها بظروفه الشخصية. من الصعب أن يُصبح المرء عارفاً عندما يحدّ الاعتلال أو الإصابة من قابليته على التفكير في أي شيء آخر.

أخيراً، إنّ بيئة العلاج الطبي نفسها قد تحد من القوة الإبستمية للمريض. فالمرضى الذين يواجهون قرارات العلاج الطبي غالباً ما تُخيفهم وتشتت انتباههم الأصوات والأحداث في بيئات الرعاية المركّزة، وقد يفتقرون إلى الدعم الاجتماعي الذي يحتاجونه لمعالجة المعلومات بشكل شامل. وقد يتم ترهيبهم بواسطة السلطة المهنية الحقيقية أو المتصوّرة أو قيود الزمن، أو ببساطة يشعرون بعدم اليقين بشأن امتلاكهم الكلمة النهائية فيما يتعلق بمسار علاجهم.

لجميع هذه الأسباب وزيادة، يمكن أن تكون القوة الإبستمية مشكلة في البيئات الطبية المركّزة. عندما يتفق المريض على علاج ما من دون فهم تام لماهيته، سواء أن كان ضرورياً قطعاً، أو ما هي المخاطر والفوائد المرتبطة به، فإنّ ذلك المريض لم يُعطِ موافقة مستنيرة، بل مجرّد تقييم للعلاج. هذا يعني، أنه لا يرفض العلاج، بل لم يخوّل به عن طوع وعلم بالطريقة التي تتطلبها الموافقة المستنيرة (Faden & Beauchamp 1986). ومن دون التخويل الطوعي، هنالك أيضاً فشل في القوة الأخلاقية، فشل في التصرّف الطوعي وفقاً لقيمة تقرير-المصير التي تتشاطرها الجماعة الأخلاقية. هذا الفشل في القوة الأخلاقية والقوة الإبستمية يترتّب عليه فشلاً في الموافقة المستنيرة. وبالمثل، عندما يرفض المريض علاجاً ما من دون فهم تام، فإنّ الفشل في القوة الإبستمية والأخلاقية يترتّب عليه رفضاً غير مستنير.

إدخال الطبيب النفسي. عادة ما يستدعي علاج الأطباء في بيئات الرعاية المركّزة تقييمات طبية نفسية لقدرة المريض - "استشارات القدرة" - عندما يرفض المريض العلاج الموصى به. وكما أشرنا سابقاً، مادام المريض يتفق مع

توصيات الطبيب، يتم إعطاء قدر ضئيل من التدقيق في قدرة المريض، حتى عندما يشكِّل الاتفاق قبولاً، هنالك فشل صريح في الموافقة المستنيرة. عندما يكون المريض غير كفء قانونياً لاتخاذ قرارات العلاج خاصته، إما بسبب صغر السن أو بسبب القيود الواسعة النطاق والمحددة قانونياً في قابليات اتخاذ القرار، يتم استدعاء صانع قرار بديل كأحد أفراد العائلة أو الوصي القانوني لاتخاذ قرارات العلاج. يطلب الأطباء المعالجون الاستشارة من الأطباء النفسيين عندما يرفض المريض العلاج أو الإجراء التشخيصي الذي يعتقد الطبيب أنه ضروري طبياً. بعبارة أخرى، يُشكك الطبيب في قوة الشخص عندما يتصرّف المريض وكأنه متكافئ إبستمياً وأخلاقياً، لكن يصل إلى استنتاج مختلف عن الطبيب بشأن ما يتعلق بمصلحة المريض. بالنسبة للطبيب الاستشاري، إذا حضر المريض طلباً لعلاج طبي ومن ثم رفضه بعد توضيح الطبيب توصياته، فيبدو أنّ هنالك جانباً من المعالجة لا يفهمه أو لا يستطيع فهمه، حتى لو كان الخلاف حول القيم بدلاً من الحقائق. إذا كان الإجراء الموصى به عاجلاً للغاية، مثل قسطرة القلب بعد احتشاء عضلة القلب [myocardial infarction]، أو الجراحة بعد الإصابة، أو المضادات الحيوية عن طريق الوريد لعلاج التعفّن [sepsis]، فمن المرجّح أن يستشير الطبيب المعالج أحد زملائه من الأطباء النفسيين لإجراء تقييم رسمي للقدرة.

إنّ تقييمات القدرة يجب أن تُجرى من خلال قرار علاج محدد في زمن محدد. فعندما يطلب الطبيب "استشارة بشأن القدرة" من طبيب نفسي، ينبغي صياغة السؤال الذي يجب الإجابة عليه بدقة: "هل تمتلك السيدة .W القدرة على رفض وضع الناظِم القلبي المقرر صباح الغد؟" كذلك يجب على الطبيب إبلاغ مَن استشار به بمحتوى الإفصاح الطبي والحوار الذي تلا ذلك (نموذجياً، من خلال توثيقه في السجل الطبي للمريض). تكون مسؤولية الطبيب النفسي التأكد من هل السيدة .W تفهم المعلومات الطبية التي أفصح عنها طبيبها مسبقاً، وهل يمكنها استخدام تلك المعلومات وفقاً لمعتقداتها وقيمها لرفض المعالجة أو السماح بها. لا يمكن أن تبدأ الاستشارة إذا لم يستوفِ فريق العلاج شرط

الإفصاح المسبق. على الرغم من أنّ القرار النهائي بأنّ السيدة .W تفتقر إلى القدرة بأثر رجعي يُقصي الحاجة إلى الإفصاح الشامل عن جميع المعلومات الطبية ذات الصلة إلى المريض، إلا أنّ الطبيب النفسي المستشار لا يمكنه إثبات وتوثيق ذلك الافتقار إلى القدرة مالم يكن المعالج قد قدّم تلك المعلومات بالفعل. بمجرّد أن يُفصِح الطبيب المعالج عن المعلومات الطبية ذات الصلة ويوثّق رفض المريض للمعالجة، يمكن للطبيب النفسي البدء بتقييم القوة الإبستمية والأخلاقية للمريض. لسوء الحظ، يمكن أن تكون تقييمات القدرة عملية معقدة فلسفياً. ونظراً لأنه ليس هنالك معايير صارمة يتم من خلالها تأكيد متى اكتسب المريض المعرفة الطبية أو استعادها أو استفاد منها بشكل فعال، فإنه يبقى غير محدد ما الذي يجب أن يكون لدى المريض لكي يمتلك قوة إبستمية كاملة أو حتى كافية.

هنالك عدد من الأدوات المتوفرة للاستخدام في تقييمات القدرة. أكثرها استخداماً هي أداة تقييم الأهلية للعلاج لـ MacArthur (MacCAT-T) (Grisso & Appelbaum 2001). تحدد هذه الأداة وتوظّف أربع قابليات رئيسية لاتخاذ القرار الطبي: (1) فهم المعلومات الطبية المُصرّح بها من قِبل الطبيب المعالج، (2) تقدير صلة تلك المعلومات بوضع المريض الخاص به، (3) التفكير بشأن القرار بطريقة يعتبرها الملاحِظون عقلانية ومجدية في ضوء القيم الشخصية للمرء وقرارات الحياة الماضية، (4) اتخاذ الاختيار والتواصل. وبالنظر إلى المكونات الخمسة للموافقة المستنيرة المذكورة سابقاً، كنّا قد رأينا أنّ الإفصاح والقدرة هما شرطان قبليان، والآن معايير الـ MacCAT-T تجعل "الفهم والتفكير" جزءاً مكوناً للقدرة. لهذا السبب، لم يَعد يُضمِّن بعض المؤلفين مكوّن "الفهم والتفكير" بين المكونات الخمسة للموافقة المستنيرة.

إنّ القابليات الأربعة المحددة في MacCAT-T تتلاقى بشكل جيد مع وجهة نظرنا عن القوة الإبستمية والأخلاقية. ففهم المعلومات الطبية، وتقدير صلتها بوضع المرء، والتفكير بشأن كيفية تأثير خيارات العلاج على حياة المرء وذاته،

والتخويل بالعلاج أو رفضه طوعاً ووفقاً لتلك العمليات والقيم الخاصة بالمرء هي بالضبط ما تقوم به القوى الإبستمية والأخلاقية. عندئذ، فمهمة الطبيب النفسي هي إثبات هل الشخص الذي يرفض توصية العلاج يمكنه أن يفهم المعلومات ويستخدمها في اتخاذ القرارات الخاصة به وفقاً لقيمه والتزاماته.

لذلك، إذا قام الطبيب المعالج بتثقيف المريض بشكل كاف عن اعتلاله وخيارات العلاج المتاحة، وبالتالي ضمان عدم وجود إكراه من خلال الحد من المعلومات الطبية، فإنّ وظيفة الطبيب النفسي المستشار هي تقييم القوة الإبستمية. تُستخدم المقابلة الطبية النفسية لتأكد مما يتذكره المريض ويفهمه عن اعتلاله وخيارات العلاج؛ وما الذي يعنيه ذلك في ضوء وضعه الطبي، وظروفه الحياتية، وقيمه؛ وهل يمكنه التفكير بشأن تلك الاعتبارات بطريقة يستطيع الشخص الآخر فهمها ومجاراتها؛ وهل يمكنه اتخاذ الخيار بشأن ما يجب القيام به. في بعض الأحيان يمكن أن تُتوَّج هذه العملية برفض تام للعلاج، أو رفض إلى حينٍ آخر. وفي بعض الأحيان تُتوّج هذه العملية بالتخويل بالعلاج. وأحياناً أخرى قد يجد الطبيب النفسي أنّ هناك إخفاقاً في القوة، ربما بسبب أنّ الطبيب الاستشاري لم يُفصِح بشكل كاف عن المعلومات الطبية الضرورية للمريض لكي يكون بموجبها فاعل أخلاقياً وإبستمياً تاماً، وربما بسبب أنّ درجة القوة الإبستمية عند المريض في وقت المقابلة الطبية النفسية تمنعه من تطبيق تلك المعلومات الطبية على وضعه الخاص به.

يمكن أن تكون تقييمات القدرة مسؤولية كبيرة. لحسن الحظ، إنّ القدرة على قرارات العلاج ليست إما كل شيء-أو-لا شيء. فرفض علاج عالي-المخاطر لصالح علاج بديل أكثر تحفّظاً، كرفض العملية الجراحية وقبول بعلاج طبي لا يتضمن تدخّلاً جراحياً، لا يتطلّب من المريض إظهار درجة القدرة التي قد تكون مطلوبة من الشخص الذي يرفض العلاج الذي ليس له بديل، أو التي تشكّل معيار الرعاية. تسمى هذه الاتفاقية بـ "المقياس المتدرّج" للقدرة (Drane 1985) لالتقاط الفكرة التي مفادها متى ما غدت العواقب المحتملة لرفض

المريض للعلاج أكثر خطورة (أي ارتفاع خطر العجز أو الوفاة)، يتم تطبيق معايير أكثر صرامة بالنسبة للقدرة. فعلى سبيل المثال، رفض الإجراءات المنخفضة-المخاطر مثل سحب الدم والفحوصات المختبرية الروتينية لا يتطلب نفس الدرجة من قابلية التفكير كما في حالة رفض الفحوصات المختبرية لتأكيد أو نفي التشخيص الذي يُحتمل أن يكون مرَضياً أو مميتاً، لأنّ ذلك من المتوقع أن يتطلب مزيداً من المعالجة، كما في حالة التعفّن. على النقيض من ذلك، رفض الإجراء الذي يتضمن خطورة عالية للإصابة بالمرض أو الوفاة، مثل الجراحة، أو إجراء بدون فائدة ثابتة، لن يتطلب عتبة عالية لقدرة اتخاذ القرار بقدر الإجراء المنخفض-الخطورة أو الإجراء ذي معدل نجاح أعلى. بعبارة أخرى، يحتاج الطبيب النفسي المستشار إلى امتلاك معايير أعلى لإثبات القدرة على رفض المعالجة عندما يكون الخطر المحتمل على رفاهية المريض مرتفعاً وثبُت أنّ العلاج فعال. ومع ذلك، فإنّ بعض المؤلفين يجادلون بوحدة معايير القدرة (c.f. Drane 1985)، وحتى بين المؤلفين الذين يدعمون المقياس المتدرج، ليس هنالك اتفاق كبير حول ما هي معايير الفهم المستنير وقابلية التفكير التي تكفي مختلف المرضى الذين يواجهون قرارات علاجية مختلفة.

إنّ الطبيب النفسي المستشار الذي يجد أنّ القدرة على اتخاذ القرار بشأن إجراء ما معرضةٌ للخطر قد يوصي بطرق لتصحيح القصور. قد يكون الطبيب النفسي في وضع يسمح له بتذكير الطبيب المعالج بأنّ تصحيح الاختلالات الأيضية، ومعالجة العدوى والألم، وتهدئة القلق، وتوفير الدعم الاجتماعي، والتصحيحات الأخرى يمكن أن توفر تدابير تدريجية لاستعادة القدرة على اتخاذ قرار العلاج المطروح. عندما لا يثق المريض بالطبيب المعالج، يمكن للطبيب النفسي في بعض الأحيان تطمين المريض حول سبب توصية الطبيب بالعلاج المعني، أو مساعدة المريض في فهم الاصطلاحات الطبية، على الرغم من أنّ هذه ليست من مسؤولية الطبيب النفسي. يمكن أيضاً تأسيس علاقة تعاونية أكبر من خلال إشراك الاسرة أو الأصدقاء في القرار، أو ربما محقق الشكاوى في المستشفى، أو مستشار أو لجنة الأخلاقيات، أو قسيس. ومن المهم تذكّر أنّ

الموافقة المستنيرة هي عملية تثقيفية تتم مع مرور الزمن، لكنّ تحديد القدرة بخصوص إجراء معين يتم في نقطة محددة من الزمن. قد تُسفِر إعادة تقييم القدرة عن نتائج مختلفة.

لم يكن أبداً دور الطبيب النفسي المستشار إقناع المريض بالموافقة على العلاج المقترح. ففي بعض الأحيان تُطلب الاستشارة من الأطباء النفسيين بشأن حالة ما مع توقّع أنّ المريض يمكن أن يكون مفتقراً إلى القدرة على رفض العلاج، بحيث يمكن للطبيب المعالج أن يمضي قُدُماً كما هو مخطط أمام اعتراض المريض. عندما يُقصد من العلاج الموصى به استعادة القدرة، فقد تكون هناك أوقات يكون فيها ذلك جائزاً أخلاقياً، لكن لا يمكن للمرء افتراض تلك الجوازية في جميع الحالات. وأحياناً يتوقع الطبيب المعالج من الطبيب النفسي أن يوثّق الافتقار إلى القدرة على رفض العلاج وإقناع المريض بعدم الاعتراض على العلاج. كما ذكرنا سابقاً، مثل هذا الاتفاق هو للقبول بـ، وهو دائماً ما يكون فشلاً في الموافقة المستنيرة. فالقبول بالعلاج لم يكن أبداً هدفاً أو من مسؤولية الطبيب النفسي المستشار.

الموافقة المستنيرة في العلاج الطبي النفسي

في القسم السابق، ناقشنا دور الاستشارات الطبية النفسية في تأكيد القدرة على الموافقة المستنيرة في البيئات الطبية المركّزة. في هذا القسم، نستكشف التحديات الفلسفية والعملية للموافقة المستنيرة عندما يكون الأطباء النفسيون هم مقدّمي الرعاية بدلاً من كونهم مستشارين.

نريد أن نكون واضحين للغاية في أنّ الاعتلال الذهني والأعراض الطبية النفسية لا تتداخل بالضرورة أو بشكل كلي مع القوة الإبستمية أو الأخلاقية للشخص. يمكن للاعتلالات الذهنية والأعراض الطبية النفسية أن تتداخل مع كلتا القوتين. على الرغم من أنّ جميع الحالات لا تؤدي إلى نشوء مثل تلك التدهورات، وعندما تؤدي إلى ذلك، فقد تكون بدرجات متفاوتة. علاوة على

ذلك، يمكن أن تتغيّر درجات التدهور بمرور الزمن سواء مع أو بدون العلاج الطبي النفسي. إنّ الكثير من الأشخاص الذين يواجهون مشاكل طبية نفسية يكونون قادرين بشكل تام على المشاركة في الجماعات الأخلاقية والإبستمية، وأولئك الذين تتداخل أعراضهم مع القابليات الفطرية للتصرّف بطواعية، أو التفكير بوضوح، أو فهم ظروف العلاج، أو الالتزام بالقيم الشخصية والجماعية غالباً ما يتدهورن بشكل مؤقت أو موقعي فقط. وبالنظر إلى التبدلات الأساسية في نوع وشدّة المشاكل الطبية النفسية، ليس هنالك سبب للتشكيك في القوة الإبستمية أو الأخلاقية للشخص استناداً إلى التشخيص أو وجود الأعراض فقط.

ومن هنا، تُعدّ الموافقة المستنيرة أساسية في العلاج في الطب النفسي كما هو حالها في التخصصات الطبية الأخرى.

على أية حال، بما أنّ الأعراض الطبية النفسية يمكن أن تُضعف القدرة على اتخاذ القرارات العقلية حول العلاج، فإنّ الممارسة الطبية النفسية تجلب الأسئلة الفلسفية حول الموافقة المستنيرة إلى الواجهة. علاوة على ذلك، يمكن لنفس الأعراض أن تُصعِّب من ترسيخ العلاقة التعاونية التي يمكن أن تحدث من خلالها الموافقة المستنيرة الحقيقية. فالمشاكل الشائعة مثل الاكتئاب، الهَوس، القلق، جنون الارتياب، الهلوسات الأمرية، الحرمان من النوم، التسمم بالعقاقير والإدمان، القهر، سوء التغذية، التدهورات الإدراكية يمكنها أن تحد من كل من القوة الإبستمية والقوة الأخلاقية الضروريتان للموافقة المستنيرة عند نقاط مختلفة من اعتلالات المرضى الطبية النفسية. وهذه القيود تجعل الموافقة المستنيرة على العلاج الطبي النفسي صعبة للغاية، لأن غرض المعالجة الطبية النفسية غالباً ما يكون استعادة تلك القوى.

مع القدرة المتذبذبة على الموافقة المستنيرة، فإنّ مفتاح زيادة الموافقة المستنيرة في الطب النفسي هو بناء تحالف علاجي متبادل الثقة مع المريض والعمل نحو تعاون تثقيفي مستمر. في الطب النفسي، كما هو الحال في التخصصات الطبية الأخرى، يُعدّ الإفصاح والقدرة شرطين قبليين ضروريين

للموافقة المستنيرة. على أية حال، يجب مراعاة القدرة، إذا لم تُقيَّم رسمياً، في كل قرار سريري تقريباً في الطب النفسي.

على أية حال، قبل مناقشة المكونات الأخرى للموافقة المستنيرة، من الضروري معالجة المكوّن الذي يُعدّ أكثر إشكالية بالنسبة للطب النفسي من التخصصات الطبية الأخرى: الطواعية. يفرض المجتمع العلاج على الأشخاص المصابين بالاعتلال الذهني الذين تجعلهم أعراضهم يشكلون خطراً على أنفسهم أو على غيرهم، وسواء أن عجبهم أم لم يُعجبهم، يمثّل الأطباء النفسيون أدوات ذلك الفرض أو الإجبار. على الرغم من الإصلاحات القانونية في الستينات والسبعينات التي حدّت من نطاق قوة الطب النفسي للعلاج والاستشفاء [hospitalization] الطبي النفسي غير الطوعي، إلا أنه لا يزال الطب النفسي يحتفظ بالدور الاجتماعي لحماية الأفراد المصابين بالأمراض الذهنية والمجتمع ككل من العنف أو الإهمال الناجم عن الأعراض الطبية النفسية. وبالتالي، يتساءل بعض الشرّاح الأكاديميين عمّا إذا كانت الموافقة المستنيرة لها صلة بالممارسة الطبية النفسية من الأساس. نعتقد أنّ لها صلة، لكن مع ذلك للطب النفسي تاريخ طويل عن العلاج القسري، وكما رأينا، من دون الطواعية، تكون الموافقة المستنيرة محل نزاع.

يسعى الأطباء النفسيون إلى التعاون مع المرضى إلى أقصى حد ممكن، لكنّ الاستشفاء غير الطوعي يخلق بشكل تلقائي علاقة تخاصمية بين الطبيب والمريض. والمرضى الملتزمون بشكل غير طوعي يعرفون أنّ الطبيب النفسي، أو على الأقل المؤسسة، قد قسّمت الولاءات بين المريض والحكومة. إنّ اتخاذ قرارات العلاج معاً أثناء الاستشفاء غير الطوعي لا يحلّ المشكلة، لأنّ الموقف نفسه قسري. فالأدوية التي تُعطى رُغمَ اعتراض المريض، أو التهدئة الطارئة المستخدمة للسيطرة على السلوك العدواني للمريض دائماً ما تكون إجبارية، سواء أن كانت أم لم تكن مسوّغة طبياً. حتى عندما يختار المريض الملتزم بشكل غير طوعي المشاركة بالفعل في العلاج، فإنّ الاستشفاء غير الطوعي يحول دون

إمكانية الحصول على موافقة مستنيرة. قد يكون الهدف من العلاج غير الطوعي إنكار الطواعية في استعادة القوة الأخلاقية التامة، لكنه يحول دون الحصول على الموافقة المستنيرة.

يتمثّل تسويغ العلاج غير الطوعي في أنّ الأشخاص الذين تكون أعراضهم شديدة بما فيه الكفاية لجعلهم يشكّلون خطراً يفتقرون إلى القدرة على رفض العلاج. تذكّر أنه بخصوص الموافقة المستنيرة، دائماً ما يتم تحديد القدرة على اتخاذ القرار من خلال الإشارة إلى قرار محدد في زمن محدد. لقد رأينا أنه إذا كان الشخص قادراً على (1) فهم اعتلاله وخيارات العلاج الخاصة به، (2) تقدير صلة تلك المعرفة بوضعه الخاص، (3) التفكير بشأن العلاج في ضوء قيمه وأهداف حياته، (4) اتخاذ الاختيار بشأن العلاج، فإنه يمتلك القدرة على التخويل بالعلاج أو رفضه. إذا كانت أعراض ذلك الشخص تتداخل بشكل حقيقي مع أي من هذه المكونات، فلا يلزم الحصول على موافقة مستنيرة تامة. فالأشخاص الذين تُسبب اعتلالاتهم الانتحار، أو الأذى الذاتي، أو الإهمال الذاتي، أو العنف تجاه الآخرين قد لا يفهمون أنّ هذه الدوافع ناتجة عن أعراض طبية نفسية قابلة للانعكاس على نحو محتمل، لأنّ الظواهر غالباً ما تُشعِر بأنها حقيقية ومندمجة بشكل جيد مع بقية حياة الشخص. قد تتغيّر القيم والأهداف الحياتية بشكل كبير مع المزاج، الأكل، الاضطرابات الذهانية؛ ويمكن للفهم والدراية-بالذات أن يتبدلا مع تنوّع الاضطرابات الذهنية؛ ويمكن للتبصّر، والحُكم، والتحكم الذاتي، والاختيار الموجّه-نحو الذات الاختلاف من خلال العديد من الطرق. إنّ الافتراض المتناقض في الطب النفسي وفي المجتمع بشكل عام هو أنّ الشخص الذي يشكّل خطراً على نفسه أو على الآخرين يفتقر إلى القدرة على رفض الاستشفاء، وتلك القدرة يجب استعادتها إلى أي حد ممكن، حتى لو كان القيام بذلك يقيّد تقرير-المصير والقوة الأخلاقية بشكل موقت. إنّ هذا الافتراض، والممارسات المترتّبة عليه، يضرّ الناس بالفعل، لكنّ المجتمع الأمريكي لم يستجب بَعْد ببديل أفضل من الاستشفاء الطبي النفسي غير الطوعي.

لقد قدّمنا الموافقة المستنيرة فيما مضى من هذا الفصل باعتبارها عملية تعاونية تحدث بمرور الزمن، أي أنها مناقشة مستمرة يمكن من خلالها اتخاذ قرارات مختلفة وإعادة النظر فيها وتنقيحها. تتطلب هذه العملية وجود الثقة بين الطبيب والمريض، لكنّ الاستشفاء غير الطوعي قد يجعل من الصعب على المرضى الثقة في الأطباء النفسيين. فالأشخاص الذين عانوا مسبقاً من أذى حقيقي أو متصوّر أثناء المعالجة الطبية النفسية (مثل، الأشخاص الذين يُسمون أنفسهم في بعض الأحيان "الناجون الطبنفسيون"، أو "مستخدمو الخدمة"، أو "المستهلكون"، أو "العملاء" للنأي بأنفسهم عن دعوى التخويل الخاصة بالطب النفسي) قد يختبرون العلاج على أنه تلاعبي أو قسري لأنه كان كذلك بالفعل، أو في بعض الأحيان بسبب أنّ التوصيات الطبية النفسية تُشعِر وكأنها نقاط سيطرة خارجية، أو بسبب الأحكام المتعلقة بمَنْ هم المرضى الذين يُعدّون أناساً أو حول كيفية عيشهم لحياتهم. قد لا يُدرك الأطباء النفسيون، خاصة المتدربون منهم ومَن هم في بداية حياتهم المهنية، أنه على الرغم من الجهود المبذولة لكسب ثقة المرضى، قد ينظر المرضى إلى الأطباء النفسيين بريبة وحذر. وعليه، فإنّ أول تحدّي للموافقة المستنيرة في الطب النفسي هو ممارسة الاستشفاء والعلاج غير الطوعي الخاصة بالطب النفسي.

في البيئات العلاجية الطوعية، الأقل تركيزاً [أقل حدّة] - مثل، العيادات الخارجية، البرامج النهارية، برامج إعادة التأهيل - يكون تأسيس وكسب ثقة المرضى أسهل. لا يزال يتعين على الأطباء النفسيين مواجهة التحدّيات المعتادة من دفاعات المرضى (أي التخْريج [التعميم]، المقاومة، الرفض، الإسقاط، التماهي الاسقاطي) والتخيلات والرغبات اللاواعية، لكن عندما يتم استعادة الطواعية، واحترام القوة الأخلاقية، يمكن للأطباء النفسيين البدء بتأسيس الثقة، العلاقات التعاونية التي تتطلبها الموافقة المستنيرة. إنّ المعالجة الطبية النفسية الطوعية الناجحة تحترم القوة الأخلاقية للمرضى، وتعمل على تعظيم القوة الإبستمية بطريقة لا تكون ممكنة دائماً للمرضى الذين يعانون من أعراض حادة.

يواجه الأطباء النفسيون التحدّي الثاني للموافقة المستنيرة عندما يتعهدون بالتزامات الإفصاح: غالب المعالجات الطبية النفسية ليست حميدة، وبعضها له آثار جانبية خطيرة ودائمة يجب الإفصاح عنها في بداية المعالجة. إنّ العديد من خيارات العلاج الطبي النفسي لها آثار محتملة خطيرة أو مزعجة على المدى الطويل أو القصير ويجب الكشف عنها أمام المرضى كجزء من عملية الموافقة المستنيرة. تتمثل المفارقة والإحباط للموافقة المستنيرة في الطب النفسي، كما هو الحال في أي تخصص طبي آخر، في أنّ الإفصاح الكامل والسليم عن المخاطر والفوائد المحتملة للعلاج المعين يمكن أن يؤدي إلى الرفض المسبق للعلاج بدلاً من الموافقة.

أخيراً، يتمثل التحدي الثالث للموافقة المستنيرة في الطب النفسي في أنّ بعض الأعراض الطبية النفسية يمكن أن تجعل عنصر الإفصاح أكثر صعوبة. فالتغيرات في المزاج، الإدراك الحسي، الاستحقاق-الذاتي، التبصّر، الحسم، وغير ذلك يمكن أن تؤثر جميعاً على رغبة المريض في المشاركة في العلاج، حتى لو لم تعرّض القدرة إلى الخطر. قد يمنع القلق الشخص من تناول الأدوية المضادة للقلق؛ وقد يجعل الاكتئاب الشخص يائساً من جدوى أي محاولة علاج؛ وقد تقدّم الهلوسات السمعية معلومات متناقضة عن الأدوية المضادة للذهان؛ واحتمالية الجرعة الزائدة قد تجعل المريض الانتحاري يرفض أحد العلاجات بسبب احتمال التعرّض للتسمم؛ والمخاوف من زيادة الوزن يمكن أن تمنع المصاب بفقدان الشهية من المشاركة في المعالجة من الأساس؛ وقد تسود أوهام جنون الارتياب بسبب مخاطر الآثار الجانبية المرفوضة أو المتلازمات الأيضية، إلخ. بيدَ أنّ الآثار الجانبية القصيرة المدى أو الطويلة المدى للعلاجات تحدث بشكل شائع بالفعل، مما يتعين إخبار المريض باحتمالاتها. يكمن فَن الإفصاح في الطب النفسي في الكون صادقاً دون التقليل من مخاطر العلاج لصالح فوائد العلاج المقلقة أو المغالية بالنسبة لليائسين، وأخذ مخاوف المرضى على محمل الجد (سواء أن كانت مؤسسة على علم النفس المرَضي أو لا) من دون تغذيتها بالكامل.

مرة أخرى، يكمن الحل في العلاقة العلاجية، وتطورها عبر الزمن. فقرارات المعالجة الطبية النفسية نادراً ما تكون كقرارات الخضوع لعملية جراحية: لا يتم عادة تقديم تخويل واحد وبحلول الوقت الذي يُعيد المريض فيه النظر، يكون الفعل قد تَم. فمعظم قرارات المعالجة الدوائية والعلاج النفسي يمكن إعادة تقييمها، والآثار الضارة الطويلة المدى تظهر على مدار أسابيع إلى سنين، والمرضى المتأرجحين غالباً ما يقدّرون إعادة التطمين لأنهم يغيرون رأيهم لأي سبب في أي وقت. قد يتم إلغاء تخويلات الاستشفاء الطوعي، على الرغم من أنّ معظم الولايات تسمح بالتأخير لبضعة أيام لتقييم السلامة وتتيح الوقت للتخطيط لما بعد الرعاية. يجب التخويل بالعلاج بالتخليج الكهربائي لكل معالجة. ما أن يغدو المريض واثقاً من نفسه باعتباره صانعاً للقرار، ويثق في مقدِّم العلاج باعتباره الشخص الذي يحترم قوَّته الفاعلة كعارف وصانع قرار، يمكن أن تُصبح القرارات تعاونية.

باختصار، يمكن أن تكون الموافقة المستنيرة على العلاج في الطب النفسي أكثر صعوبة مما هي عليه في التخصصات الأخرى لأنّ العلاج غير الطوعي يقلّص الثقة في المهنة. علاوة على ذلك، إنّ العديد من العلاجات الطبية النفسية لها عواقب ضارة، ويمكن للأعراض الطبية النفسية أن تجعل اتخاذ القرار صعباً على المرضى. بقدر ما يكون هذا محبطاً، عند تأسيس الثقة، فإنّ الاستثمار في العلاقة العلاجية يجعل الموافقة المستنيرة ممكنة وهذه يمكن أن تكون مكافئة بحد ذاتها.

الموافقة المستنيرة المتعلقة بالأبحاث الطبية النفسية

من المهم فهم الاختلافات بين الموافقة المستنيرة في البيئات السريرية والبيئات البحثية. ففي حين أنّ المعالجة الطبية النفسية تهدف إلى إفادة المريض بشكل مباشر من خلال السيطرة على الأعراض غير المريحة أو المخيفة أو تحسين الأداء الوظيفي العام، إلا أنّ الأبحاث الطبية النفسية لا يتم إجراؤها

للغرض الرئيسي المتمثل في إفادة المريض الفرد، بل هدفها الأساسي هو تطوير معرفة قابلة للتعميم. تنقل الموافقة المستنيرة في الأبحاث الاحترام إلى الأفراد الخاضعين، حيث تعمل على إخطار الأشخاص بأنّ البحث مستمر وأنّ لديهم الحق في عدم المشاركة فيه. تعزّز الموافقة المستنيرة كذلك سلامة الشخص، من خلال تنبيه الأشخاص إلى المخاطر والنتائج غير المؤكدة. ربما الأهم من ذلك هو أنّ الموافقة المستنيرة هي قيد صريح أمام تخويل المحققين، إذ يتعين على الباحثين التعامل مع الأشخاص المحتملين بأسلوب متواضع، مع الاستعداد لإقناع كل شخص بأنّ المشاركة لن تكون متعبة أو محفوفة بالمخاطر بشكل مفرط، ويمكن أن تساعد في فهم أو تخفيف مشكلة ما أو تساهم بشكل مفيد في العلم، وهي شيء معقول القيام به. ولأنه كقاعدة عامة، لا يمكن إجبار أو خداع الأشخاص على المشاركة في الأبحاث، يتعين على الباحثين أن يمنحوا كل شخص محتمل القابلية والحرية لرفض المشاركة، لأي سبب كان، وفي أي وقت.

ترجع الجذور القانونية والأخلاقية للموافقة المستنيرة المتعلقة بالأبحاث على الأقل إلى نهاية القرن التاسع عشر. فقد أدّت الضجة العامة التي أعقبت الكشف عن تجارب الزهري التي أُجريت على البغايا وغيرهن من قِبل ألبرت نيسر في بريسلاو، ألمانيا، في عام 1900 إلى قوانين بروسية تشترط "موافقة لا لَبْس فيها" من الأشخاص المؤهلين إلى أي "تدخّلات طبية لأغراض أخرى غير التشخيص، الشفاء، التحصين" (Vollmann & Winau 1996a). وفي نفس الوقت تقريباً، تمّ إجراء التجارب عن انتقال الحمى الصفراء في كوبا بواسطة والتر ريد وزملائه. وتمّ استخدام شكل الموافقة الذي أوضح أنه كان هناك خطر الوفاة، مقدِّماً 100 دولار من الذهب للمشارك و100 دولار أخرى في حالة طوّر الشخص حمى صفراء (تُدفع إلى الأقارب إذا توفيّ الشخص بسبب المرض) (لجنة الحمى الصفراء التابعة للجيش الأمريكي 2017).

أدى الكشف عن المشاكل إلى تغييرات قانونية لاحقة. ففي ألمانيا، أثار

توزيع لقاح السلّ الملوث، الذي أودى بحياة حوالي 29 بالمائة من الأطفال الملقّحين، قلق العامة. أدّى هذا إلى تبنّي قوانين واسعة بشأن الأبحاث في ألمانيا، تشترط الموافقة المستنيرة بالتحديد (Bonah 2002). كانت هذه هي القوانين الوطنية الأولى التي تُملي أخلاقيات البحث على البشر، ومن المفارقات أنّ الأطباء الألمان هم الذين أجروا أبحاثاً غير إنسانية جسيمة على ضحايا سجون المعسكرات أثناء الحرب العالمية الثانية (Vollmann & Winau 1996b). لم تركّز محاكمة جرائم الحرب التي قام بها بعض هؤلاء الأطباء في نورمبرغ على انتهاكهم للقانون الألماني، ولا على جرائمهم ضد الإنسانية. بدلاً من ذلك، ضمَّنَ القضاة في قرارهم النهائي "مدوَّنة" من عشرة قواعد اعتقدوا أنها توفّر المعايير لإجراء الأبحاث على أفراد البشر. تشترط القاعدة الأولى والمُتّبعة عالمياً الموافقة المستنيرة من الأشخاص الخاضعين (Shuster 1997).

لقد تمّ تبنّي مبادئ توجيهية عالمية في العقود الماضية منذ ذلك الحين، محددة معياراً واضحاً لتأمين الموافقة من الأشخاص الخاضعين للأبحاث. فإعلان هلسنكي هو دليل توجيهي مقدّم من قِبل الجمعية الطبية العالمية. صدر الإعلان لأول مرة في عام 1964، وتم تنقيح الإعلان أكثر من اثنتي عشرة مرة منذ ذلك الحين (الجمعية الطبية العالمية 2013). في الآونة الأخيرة، أصدر مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية مجموعة مبادئ توجيهية خاصة به، استهدفت البلدان التي لا تملك الموارد اللازمة لتطوير قوانينها الخاصة. تمّ تحديث هذه التوجيهات في عام 2016 (مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية 2016).

في الولايات المتحدة، كانت مدونة نومبرغ، الصادرة عن المحكمة العسكرية المنعقدة حسب الأصول، مُلزِمة للجيش فقط. وبالتالي، كان هناك القليل من القوانين في الولايات المتحدة التي قد تشترط على الأطباء الاستشاريين (أو الباحثين الآخرين) تأمين الموافقة المستنيرة من مرضاهم. في

عام 1953، مع افتتاح مراكز سريرية جديدة للمعاهد الوطنية للصحة، تم اعتماد سياسة المجلس الطبي التي تشترط، من بين وسائل الحماية الأخرى، موافقة مستنيرة من الأشخاص-المرضى (NIH 1953). تمّ توسيع هذه السياسة في أوائل عام 1966 لتشترط مراجعة البحوث المقترحة من قِبل لجنة من الشركاء المؤسسين (سمّيت لاحقاً باسم مجلس المراجعة المؤسّسي (IRB) في الولايات المتحدة، أو مجالس أو لُجان أخلاقيات البحث في البلدان الأخرى) وموافقة مستنيرة من الأشخاص-الخاضعين لكل من أبحاث NIH الداخلية وأبحاث الحاصلين على خدمة الصحة العامة (خدمة الصحة العامة في الولايات المتحدة 1966). أصدرت NIH توجيهات لحماية الأفراد الخاضعين في عام 1971 (قسم الصحة والتعليم والرعاية الاجتماعية بالولايات المتحدة 1971). ومن ثم عقب كشف دراسة حالات مرض الزُهري غير المعالَج في المواطنين الأمريكيين من أصل أفريقي في ألاباما (ما يسمى بدراسة توسكيجي للزهري)، سنَّ الكونغرس مرسوم البحوث الوطنية في عام 1974 (مرسوم البحوث الوطنية 1974). وفي الوقت نفسه، أصدر قسم الصحة والتعليم والرعاية الاجتماعية تشريعات تقنن وثيقة التوجيهات لعام 1971.

كما أدى المرسوم إلى تأسيس اللجنة الوطنية لحماية البشر الخاضعين للأبحاث السلوكية والبيولوجية الطبية. اجتمعت اللجنة الوطنية، كما يُشار إليها عموماً، عدة مرات على مدار السنوات الخمس التالية، وكلّفت بعدد كبير من الأوراق والدراسات، وأصدرت تقريراً نهائياً رصيناً ومؤثراً للغاية، تقرير بلمونت (اللجنة الوطنية 1979). ربما يُعدّ هذا التقرير الموجز الوثيقة الأكثر أهمية التي يجب على الباحث الطبي البيولوجي قراءتها.

تمّ تعديل القوانين عدة مرات على مرّ السنين. ففي عام 1991، تمّ اعتماد القواعد بشكل رسمي من قِبل جميع الوكالات الفيدرالية التي تموّل أو تُجري أبحاثاً على الأفراد الخاضعين من البشر، ومنذ ذلك الحين أصبح يُشار إلى القاعدة الأساسية (الجزء الفرعي A) على أنها القاعدة العامة (DHHS 2018).

حظيت هذه القاعدة بأول تعديل رئيسي في بداية 2017 (DHHS 2017). وتمّ تطبيق الأجزاء الأخرى من القانون على الأبحاث المتعلقة بالنساء الحوامل، والسجناء، والأطفال. والجدير بالذكر أنه لم يتم إصدار قواعد خاصة بالأبحاث المتعلقة بالأشخاص المصابين باعتلالات ذهنية أو قصور إدراكي، على الرغم من أنّ الباحثين ومجالس المراجعة المؤسسية اعتبروا هؤلاء الأشخاص مُعرّضين للخطر ويستحقون حماية خاصة. ما شكل هذه الحماية وما مدى صرامة التزام المؤسسات البحثية بهذه الالتزامات = غير معروف إلى حدٍ كبير، إلا أنّ الانتهاكات الحديثة التي تمّ تسليط الضوء عليها تُشير إلى أنّ هنالك مشاكل (Elliott 2010).

تشترط المبادئ التوجيهية للموافقة المستنيرة في الأبحاث بشكل موحّد إفصاحات أكثر شمولاً مما في أي إعداد سريري. وكما نوقش أعلاه، عادة ما يطلب البحث من الأشخاص إجراء المهام وقبول المخاطر ليس لمصلحتهم الخاصة، بل لمصلحة الآخرين أو للمساهمة في المعرفة العلمية. وبالتالي، من المتفق عليه بشكل موحّد وجوب أن يكون الأشخاص المحتملون على دراية بالمخاطر المعروفة والمتوقعة للمشاركة، بما في ذلك حقيقة أنه قد تكون هناك مخاطر هي ببساطة غير متوقعة، بالنظر إلى الحالة الناشئة للعلم أو محدودية الخبرة المتعلقة بالموضوع تحت الدراسة. يجب أن تكون الموافقة المستنيرة مُؤمّنة بطريقة تُزيد من حرية الاختيار لدى الأشخاص المحتملين، متفادية أي تهديدات قسرية من شأنها أن تترك الأشخاص في حال أسوء إذا ما رفضوا، ومتفادية عروض الحوافز غير الضرورية (مثل، الإيواء، أو المدفوعات الزائدة، أو "المعالجة المجانية") لجذب الأشخاص.

تُقدِّم الأبحاث الطبية النفسية العديد من التحديات الناجمة عن الأعراض العاطفية، والذهانية، والإدراكية، والانتباهية، وغيرها من الأعراض التي يختبرها الأشخاص المحتملون. هل امتلاك الأشخاص القدرة على الموافقة على البحث هو السؤال الأساسي الذي يجب أن يواجهه الباحثون. إلى أي مدى

يجب تقييم القدرة بدقة لتمكين الشخص المحتمل من الانضمام إلى الدراسة، وما هي المعايير؟ بواسطة مَن يجب أن يتم تقييم القدرات؟ هل يجب الوثوق بالباحث الذي من المرجّح أن يكون لديه دافع كبير لتسجيل الأشخاص؟ إذا ما تمّ تحديد الشخص المحتمل بأنه يفتقر إلى القدرة، فمَن -إن وجد - يمكنه أن يُعطي الإذن نيابة عن المريض؟ ما هو المعيار الذي ينبغي للممثّل المخوّل قانونياً تطبيقه عند اتخاذ القرار، أو الحُكم البديل (ما الذي كان سيرغب به المريض لو كان قادراً على اتخاذ القرار الآن؟) أو المصلحة الفضلى (ما هو الأفضل بشكل عام بالنسبة للمريض)؟

هنالك مشكلة ذات صلة تنشأ بمجرّد أن يتم تسجيل الشخص. فالأشخاص لديهم الحق المطلق في الانسحاب من البحث في أي وقت، ولأي سبب. قد يكون الأشخاص الذين يعانون من أعراض طبية نفسية غير قادرين على تقييم رغبتهم المستمرة في المشاركة، بل وحتى على مراقبة طريقة علاجهم من قِبل فريق البحث. قد يتعقد هذا الأمر من جهة الاختبارات التي تتضمن تغيير علاج الشخص، بما في ذلك الاختبارات الخاصة المتضمِّنة فترة إزالة أثر العلاج السابق، التي قد يعاني فيها الأشخاص من انتكاسات تُقلل من قابلية الشخص على الدفاع عن حقوقه ورفاهيته إذا لم يتم احترام حماية الشخص الخاضع للبحث.

الختام

إنّ الموافقة المستنيرة هي موضوع صعب وفي بعض الأحيان تثير جدلاً في كل مجالات الطب البيولوجي، إلا أنّ الطب النفسي يُضيف تحديات فريدة. فالموافقة المستنيرة هي إجراء تعاوني مستمر، قائم على الثقة بالعلاقة العلاجية، يسمح بالتخويل الطوعي للعلاج الطبي في ضوء الاعتلال الخاص بالمرء، وحاجته إلى العلاج، وخيارات العلاج، والمخاطر والفوائد المحتملة لكل منها. لقد وصفنا هذه القدرة على تقرير-المصير من خلال القوة الإبستمية والقوة

الأخلاقية، حيث إنّ القوة هي ببساط قابلية المرء على التصرّف نيابة عن نفسه. يؤدي تمييز القوة الأخلاقية إلى الاعتراف بأنّ الأشخاص هم أعضاء في جماعة أخلاقية مشتركة؛ ويؤدي تمييز القوة الإبستمية إلى الاعتراف بأنّ الأشخاص هم أعضاء في جماعة مشتركة من العارفين.

لا يوّفر القانون توجيهات حقيقية للأطباء الاستشاريين. فعدم الحصول على أي موافقة يشكّل اعتداءً، إلا أنّ القانون عادة ما يعتبر الموافقة المستنيرة غير الكافية مسألة سوء تصرّف [خطأ ممارسة]. لقد قوّضت بعض الولايات الهدف الأخلاقي للموافقة المستنيرة - تعزيز تواصل أفضل بين الأطباء والمرضى بدلاً من مجرّد توثيق محادثة الإفصاح - عوضاً عن دعمه. ونحن بدورنا نحثّ الأطباء على تعلّم شروط الموافقة المستنيرة لولاياتهم، لكن مع تأييد المعايير الأخلاقية الأكثر طَلباً، والسعي وراء الجيد من الاتصالات الثنائية-الاتجاه بين المريض والطبيب لتفادي سوء الفهم والتوقعات الخاطئة، ومحاولة منع مثل تلك الدعاوى في المقام الأول.

لقد تعاملنا مع القدرة باعتبارها أحدى التحديات التي يواجهها الأطباء النفسيون النفسجسميون. فعلى الرغم من أنّ تعريف القدرة دائري، وليس هنالك معايير واضحة لتحديده، وأنّ الأطباء المستشيرين غالباً ما لا ينفّذون التزاماتهم بالإفصاح قبل طلب تقييم القدرة، إلا أنّ الأطباء النفسيين النفسجسميين يقومون بانتظام بتحديد القدرة. إنّ القدرة هي شرط قبلي للموافقة المستنيرة الصالحة، بمعنى أنّ المريض يجب يمتلك قوة إبستمية كاملة للتخويل الطوعي للعلاج أو رفضه. وفي التأكد من القدرة على اتخاذ قرارات العلاج المستنيرة، غالباً ما يتعين على الأطباء النفسيين تحديد العوامل الظرفية والقابلة للانعكاس التي تُضعف القوة الإبستمية بشكل مؤقت، ويتعين عليهم السعي إلى فهم متى يقتصر المريض على قبول العلاج فحسب بدلاً من إعطاء موافقة مستنيرة تامة. وفي حالات رفض العلاج، يجب على الطبيب النفسي أن يضع في اعتباره أنه قد تكون هنالك أسباب متعددة لرفض العلاج وأنّ الافتقار إلى القوة الإبستمية -

الفهم أو التفكير- قد لا يكون هو المشكلة الرئيسية إذا كانت هنالك مشاكل في التواصلات بين المريض وفريق الرعاية الأساسي يعتقد المريض أنها تحدّ من القوة الأخلاقية وتقرير-المصير.

تُعتبر الموافقة المستنيرة أساسية في الطب النفسي كما هو الحال في التخصصات الطبية الأخرى. ومع ذلك، على العكس من التخصصات الأخرى، فإنّ تاريخ العلاج غير الطوعي في الطب النفسي يُلقي بظلاله الطويلة على الثقة بالعلاقات بين المريض والطبيب الضرورية للموافقة المستنيرة. عندما تكون المعالجة غير طوعية، تكون الموافقة المستنيرة غير ممكنة، لأنّ الطواعية إحدى المكونات الخمسة للموافقة المستنيرة وجزء من القوة الأخلاقية. وعندما تكون المعالجة طوعية، فإن الأشخاص الذين لديهم سجلاً من المعالجات غير الطوعية قد يعانون من انعدام ثقة مستمر ومُبرّر. قد يكون كذلك كسب الثقة والتثقيف صعباً للمرضى الذين جعلتهم أعراضهم الطبية النفسية حذرين، متناقضين، غير حاسمين، مذعورين، ضعيفين إدراكياً، أو مقيدين بأعراض أخرى يُراد من المعالجة التعامل معها. في هذه الحالات، يمكن أن يكون الصبر والجهد المستمر لاستعادة وتأكيد القوة الإبستمية والقوة الأخلاقية مع مرور الوقت مجزياً. إنّ تذكير المريض بمقدرته على طرح الأسئلة، وقف أو تأجيل العلاج، تغيير رأيه غالباً ما يوفّر تطمينات بشأن العلاقة وبشأن قوته التي تجعل الموافقة المستنيرة على المعالجة الطبية النفسية ممكنة.

في بيئات أبحاث الطب النفسي، تُستعمل الموافقة المستنيرة لحماية الأشخاص عن طريق إخطارهم بالمخاطر القابلة للتنبؤ والفوائد المحتملة للمشاركة في البحث، وللحدّ من سلطة المحققين، ولتطمين الأشخاص الذين قد ينسحبون من المشاركة في أي وقت، ولأي سبب. وعليه، فإنّ الإفصاحات المتعلقة بالموافقة المستنيرة في الأبحاث يجب أن تكون أكثر شمولية من تلك الخاصة بالمعالجة الطبية التي يُقصد بها إفادة المريض، في حين يهدف البحث بشكل أساسي إلى إنشاء معرفة جديدة. يجب أن يتم تقييم القدرة على الموافقة

في المشاركة في البحث بمزيد من العناية، لأنّ الشخص الخاضع يجب أن يكون متأثراً بما يكفي لدرجة المشاركة في الدراسة، ولكن ليس متأثراً للغاية لدرجة الافتقار إلى القدرة على إعطاء موافقة مستنيرة للمشاركة. اعتماداً على تصميم الدراسة، قد يُصبح الأشخاص أكثر تأثراً ويفقدون القدرة على الاستمرار في المشاركة أثناء بروتوكولات البحث، مما يُثير أسئلة حول التقييم المستمر للقدرة خلال مسار الدراسة وحول مسؤوليات الآخرين عن حماية الأشخاص غير القادرين على حماية أنفسهم.

شكر وتقدير

يشكر المؤلفان ميشيل دانييل، .Esq، ولي هيكت، .M.D، لتوجيهاتهم وأفكارهم المفيدة.

References

Appelbaum, P. S. and Gutheil, T. G. (2007), Clinical Handbook of Psychiatry and the Law, 4th edition. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.

Beauchamp, T. L. and Childress, J. F. (2001), Principles of Biomedical Ethics, 5th edition. New York: Oxford University Press.

Bonah, C. (2002), "Experimental Rage": The Development of Medical Ethics and the Genesis of Scientific Facts, Social History of Medicine, 15:187-207.

Canterbury v. Spence, 464 F.2d 772, 783 n. 36 (D.C. Cir.), cert. denied, 409 U.S. 1064 (1972).

Cobbs v. Grant, 8 Cal.3d 229, 104 Cal. Rptr. 505, 502 P.2d 1 (1972).

Department of Health and Human Services (2017), Federal Policy for the Protection of Human Subjects, Federal Register, 82: 7149-7274, January 19, 2017.

Department of Health and Human Services (2018), Protection of Human Subjects. 45 CFR Part 46.

Drane, J. F. (1985), The Many Faces of Competency, Hastings Center Report, 15:17- 21.

Elliott, C. (2010), The Deadly Corruption of Clinical Trials, Mother Jones, September/ October. URL = http://www.motherjones.com/environment/2010/09/danmarkingson-drug-trial-astrazeneca/ Retrieved July 23, 2017.

Faden, R. R. and Beauchamp, T. L. (1986), A History and Theory of Informed Consent, New York: Oxford University Press.

Fortess, E. E. and Kapp, M. B. (1985), Medical Uncertainty, Diagnostic Testing, and Le-

gal Liability, Law Medicine & Health Care, 13:213-218.

Grisso, T. and Appelbaum, P. S. (2001), MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T), Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Helling v. Carey, 83 Wash. 2d 514, 519 P.2d 981 (1974).

Hobbes, T. ([1668] 1994), Leviathan. E. Curley, ed. Indianapolis, IN: Hackett Publishing Company, Inc.

International Ethical Guidelines for Health-Related Research Involving Humans (2016), 4th edition. Geneva: Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS).

Kant, I. ([1785] 1993), Grounding for the Metaphysics of Morals, 3rd edition. J. W. Ellington, trans. Indianapolis, IN: Hackett Publishing Company, Inc.

Karlawish, J. H. (2016), Assessment of Decision-Making Capacity in Adults, Last modified September 9, 2016. Retrieved July 24, 2017.

Katz, J. (1984), The Silent World of Doctor and Patient, New York: The Free Press. Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., and Paulsen, C. (2006), The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006-483), Washington, DC: U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics.Meisel, A. and Kabnick, L. D. (1980), Informed Consent to Medical Treatment: An Analysis of Recent Legislation, University of Pittsburgh Law Review, 41:407.

Meisel, A. and Kuczewski, M. (1996), Legal and Ethical Myths about Informed Consent, Archives of Internal Medicine, 156:2521-2526.

Merz, J. F. (1991), An Empirical Analysis of the Medical Informed Consent Doctrine: The Search for a "Standard" of Disclosure, Risk: Health, Safety & Environment, 2:27-76.

Merz, J. F., Fischhoff, B., Mazur, D. J., and Fischbeck, P. S. (1993), A Decision-Analytic Approach to Developing Standards of Disclosure in Medical Informed Consent, Journal of Products and Toxics Liability, 15:191-215.

Natanson v. Kline, 186 Kan. 393, 350 P.2d 1093 (1960), modified, 187 Kan. 186, 354 P.2d 670 (1961).

National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1979), The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research, Washington DC, Department of Health, Education, and Welfare. URL = https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-andpolicy/belmont-report/ Retrieved January 27, 2017.

National Institutes of Health (1953), Medical Board Document No. 1: Organization, Functions and Authority of the Medical Board of the Clinical Center. National Research Act, Pub. L, 93-348, July 12, 1974, Bethesda, MD.

Salgo v. LeLand Stanford Jr. Board of Trustees, 154 Cal. App. 2d 560, 317 P.2d 170 (1957).

Schloendorff v. The Society of the New York Hospital, 211 N.Y. 125, 105 N.E. 92 (1914).

Shuster, E. (1997), Fifty Years Later: The Significance of the Nuremberg Code, New England Journal of Medicine, 337:1436-1440.

Tauber, A. I. (2005), Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility, Cambridge, MA: The MIT Press.

U.S. Army Yellow Fever Commission. URL= http://exhibits.hsl.virginia.edu/ yellowfever/ Retrieved January 26, 2017.

U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, National Institutes of Health (1971), The Institutional Guide to DHEW Policy on Protection of Human Subjects, Washington, DC: DHEW Publ. No. (NIH), 72-102.

U.S. Public Health Service, Division of Research Grants. Policy PPO #129, February 8, 1966.

Vollmann, J. and Winau, R. (1996a), The Prussian Regulation of 1900: Early Ethical Standards for Human Experimentation in Germany, IRB, 18:9-11.

Vollmann, J. and Winau, R. (1996b), Nuremberg Doctors' Trial: Informed Consent in Human Experimentation before the Nuremberg Code, BMJ, 313:1445-1447.

World Medical Association (2013), Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. URL= http://www.wma.net/en/30publications/ 10policies/b3/Retrieved January 26, 2017.

الفصل الرابع عشر

أخلاقيات الإكراه وأشكال التأثير الأخرى

كيلسو كوراتسلي

المقدّمة

في جميع أنحاء القطاع الصحي هنالك إدراك متزايد للأهمية الأخلاقية للتدخّلات التي تُقيّد أو تُكرِه المرضى. فالكثير من الاهتمامات الحديثة تنبع من النقاشات في مجال الصحة العامة حول استخدام الحجر الصحي والمراقبة الفعالة عند استجابة إلى الأوبئة، وكذلك التلاعب بالمعلومات خدمةً لتعزيز الصحة (أو "الدفعات= nudges"). لكن ربما يكون المجال الذي تبقى فيه هذه المسائل أكثر إلحاحاً هي الصحة العقلية، حيث يكون شبح العلاج غير الطوعي يلوح في الأفق على الدوام. في الواقع، هنالك أسباب وجيهة للتفكير في الطب النفسي باعتباره استثنائياً من الناحية الأخلاقية بالنظر إلى دوره الواسع كوسيط قانوني واجتماعي (Radden 2015). ومما يضاعف ذلك حقيقة أنّ علاج الصحة العقلية له ميزات خاصة أخرى يمكن أن تكون بمثابة نقاط دخول محتملة لأشكال أكثر دقة من الضغط والتأثير. وتشمل هذه الميزات الحساسية الإدراكية والانفعالية النسبية للمرضى، المعلومات الخصوصية للغاية المعنية، أهمية العلاقات العلاجية. وبالتالي، فإنّ حقل الصحة العقلية بحاجة إلى التعامل مع مجموعة من القضايا الوثيقة الصلة بأخلاقيات التأثير.

في هذا الفصل سأستكشف عدة نقاط، مع التركيز بشكل أساسي على الاهتمامات السريرية، على الرغم من أنّ عدداً منها له صلة بأخلاقيات البحث. تركّز مناقشة ضغط العلاج بشكل تقليدي على الإكراه، أو، بشكل تقريبي، على

استخدام القوة أو التهديدات لحمل الشخص على فعل شيء ما لم يكن ليفعله بخلاف ذلك. سأتتبع الأمر هنا، بداية من دراسة أهميته المفاهيمية إلى جانب فئات التأثير الأخرى، بما في ذلك التلاعب والإقناع. في الظرف الحالي، ليس هنالك شيء قريب من الإجماع حول هذه الموضوعات (Anderson 2011)، لكنّ الفهم الواسع نسبياً للإكراه يمكن أن يبقى مفيداً للتباحث الأخلاقي. كذلك هنالك مجموعة متنامية من المؤلَّفات التجريبية حول الإكراه في الطب النفسي، بما في ذلك الأبحاث حول استخدام التدابير الإجبارية كالاستشفاء غير الطوعي، التقييد الجسدي، الأدوية الإجبارية، وكذلك بناء "الإكراه المتصوَّر"، الذي يتتبّع تجارب المرضى لضغط العلاج (Kallert et al. 2011a; Molodynski et al. 2014; Newton-Howes & Mullen 2011). سأصِف بشكل موجز بعض النتائج الرئيسية وعلاقتها بالتوصيات المحددة للتقليل من الإكراه.

بناءً على كل هذا، سأتناول الأسئلة المعيارية بشكل مباشر من خلال تقييم الإطار المقترح حديثاً للتحليل الأخلاقي للتأثير (Blumenthal-Barby et al. 2013). وأوصي بأن تستمر الصحة العقلية في التركيز على سؤال الإكراه والقضايا ذات الصلة المتعلقة بالاستقلال، القدرة، الموافقة المعروفة في النقاشات حول المعالجة غير الطوعية. على أية حال، أُشير كذلك إلى أنّ النتائج الحديثة تؤكد على أهمية وجود الأشكال الأكثر دقة للتأثير. في صميم هذه الأمور هنالك أسئلة عن طبيعة العلاقات - بين المرضى، الممارسين، أعضاء الأسرة، وحتى مع المعايير الاجتماعية الأوسع - والطرق التي يتم من خلالها تأطير المعلومات ومعالجتها. على أقل تقدير، إنّ أخلاقيات الإقناع بعيدة كل البعد عن الوضوح بالنظر إلى التباينات في الحجيّة والقدرة. وكما هو الحال في النقاشات الحالية في الصحة العامة، قد تحتاج الصحة العقلية أيضاً إلى الاهتمام بالطرق التي يمكن من خلالها أن يتجاوز التلاعب بالمعلومات التقييم العقلاني بشكل فعال.

الخلفية النظرية

أي مناقشة لهذه القضايا يجب أن تبدأ مع مفهوم الإكراه [coercion]، نظراً لتاريخه الطويل والمثير للجدل في الفلسفة السياسية، والنظرية القانونية، والأخلاقيات البيولوجية الطبية. إنّ الهدف هنا ليس السعي إلى معالجة كاملة، بل فقط لوصف أهميته بالنسبة لأخلاقيات الصحة العقلية. فمن الضروري أن يكون هناك تعريف عملي واسع، ولو فقط لتمييزه عن المفاهيم الوثيقة الصلة مثل القهر [compulsion]، الخداع، الحَث. وهنالك دافع مهم آخر. فغالباً ما يتم تطبيق مصطلح الإكراه على أنواع معينة من التدخّلات كإشارة على الرفض الأخلاقي، من المفترض أن يكون ذلك استجابة إلى القيود على الاستقلالية أو حرية الاختيار لكن مع غياب تعريف محدد أو حجة مفصّلة. أرّقت هذه المشكلة مناقشات الدوافع في الصحة العقلية (Blumenthal-Barby 2012; Quigley 2014)، مع وقوع شيء مماثل بانتظام في أخلاقيات الأبحاث (Hawkins & Emanuel 2005; Largent et al. 2013). إنّ النقاشات في مجال الصحة العقلية ليست محصّنة من هذه المشكلة، لذا نحن بحاجة إلى وضع تصوّر واضح نسبياً (Szmukler & Appelbaum 2008; Szmukler 2015). في واقع الأمر، لقد عبّر منظّرو الإكراه الرائدون عن بغضهم للتعريفات مع تقديمهم في نفس الوقت صيغتهم المفضّلة. والموقف الأكثر تأثيراً ليس استثناءً - إذ قدّم Nozick (1969) على نحوٍ مشهور قائمة بالشروط الضرورية والكافية المؤهلة بالتحفظات حول حدوده. بعبارة أبسط، يُعرّف نوزيك الإكراه على أنه الاستخدام المتعمّد لتهديد ذي مصداقية للتأثير على أفعال شخص آخر أو التحكّم بها[1]. لقد أثبت هذا

(1) معايير نوزيك (1969) المفصّلة هي كالآتي: (1) يهدف A إلى جعل B يختار الفعل X؛ (2) ينقل A تهديداً إلى B؛ (3) يُشير تهديد A إلى أنه إذا لم يقم B بـ X، فإنّ A سيقوم بـ Y، مما يجعل عدم قيام B بـ X أقل رغبة من قيام B بـX؛ (4) تهديد A له مصداقية؛ (5) يقوم B بـ X؛ (6) يقوم B بـ X لتقليل احتمالية قيام A بـ Y. لاحِظ هذا التعريف ينطبق فقط على أفعال محددة (X)، ويتضمن كلاً من شرط العلانية (2) ومعيار الإتمام الناجح (5). للاطلاع على مناقشة مطوّلة، انظر Anderson (2011).

التعريف أنه متين ومؤثر بشكل لافت، لأنه يُجسّد الفكرة البديهية إلى حدٍ ما عن التهديد الإكراهي. خذ مثالاً لشخص يحمل مسدّساً ويوجهه صوب رأسك ويقول "نقودك أو حياتك". وبتسليط الضوء على بعض المعايير الرئيسية لنوزيك، هنالك **تهديد شَرطي**، التهديد **له مصداقية**، المُكرَه بين **خيارين** من قبيل إما الانصياع، أو مقاومة التهديد مما سيجعل موقفه أسوء حالاً. هذا المعيار الأخير مهم بشكل خاص لأنّ العديد من التعاريف تلجأ إلى خط أساسي مسبق يمكن مقارنة نتائج التهديدات الإكراهية به. أي أنّ حالات الإكراه تُلحق ضرراً بالمكرَه من خلال بعض الطرق الملحوظة. يمكن أن يساعد هذا في تمييز التهديدات الإكراهية عن العروض غير الإكراهية، حيث من المفترض أنّ الأخيرة يكون لها تأثير ضئيل إذا ما رفضها المُكرَه (حتى لو كانت مشكلة بطريقة أخرى).

اعتمدت نظريات الإكراه الأخرى كذلك على فكرة الخط الأساسي. أبرزها ما اشترطه Wertheimer (1987)، أولاً، إنّ النتيجة المهددة يجب أن تترك المُكرَه في حال أسوء من الناحية الأخلاقية، وثانياً، ليس أمام المُكرَه خيار حقيقي سوى الخضوع وبالتالي لا يكون مسؤولاً عن أفعاله. وبذلك تعوّل هذه المقاربة على إمكانية تخفيف المسؤولية. تتضمن الأمثلة المعيارية الاعترافات غير المقبولة، إذ يمكن أن تستبعد المحكمة المعلومات التي تمّ الحصول عليها عبر الاستجواب القسري، وخروقات العقود، إذ يمكن إلغاء العقود الموقعة تحت الإكراه. وهذا يعني أيضاً أنّ العروض، بخلاف التهديدات، نادراً ما تكون إكراهية. فحتى في الحالات التي يؤدي فيها رفض عرض ما إلى ترك الرافض أسوء حالاً من الناحية الأخلاقية، يكونون مسؤولين عن قراراتهم دائماً. خذ بعين الاعتبار صفقات المساومة، عروض قد تترك مجالاً صغيراً للرفض لكن ليس بطريقة قد تُبطل محتوى الحجة نفسه. وهكذا، في أخلاقيات البحث، يؤكد Wertheimer على أنّ العروض الاستغلالية للمشاركة في البحث

لا تكون "إكراهاً" أبداً، بل تُفهم بشكل أفضل على أنها "تحريضات غير ضرورية" (Wertheimer & Miller 2008)[2].

فيما يتعلق بالصحة العقلية، تتمتع هذه النظريات بمزاياها الخاصة بها. يُبرز تفسير Wertheimer حالة الموافقة تحت التهديد، وبذلك يُعطي الأولوية لما يُعتبَر السؤال الأكثر أهمية من الناحية الأخلاقية. يجب أن تركّز تقييمات الإجراءات الإكراهية في الصحة العقلية على الفروقات ذات الصلة الأخلاقية بين التدخّلات التي تُحجّم أو لا تُحجّم الموافقة (Wertheimer 1993). على الرغم من أنّ الالتزام غير الطوعي قد يبقى نموذجاً عن الإكراه، إلا أنه من الأفضل تقديم التحليل الأخلاقي من خلال الاهتمام بالمناقشات حول ما الذي يميّزه - إن وجد - عن الضغط العائلي، على سبيل المثال، الذي قد يقيّد اختيار المريض بطرق ملحوظة من الناحية الأخلاقية. فعلى سبيل المثال، إذا ضغطت العائلة على شخص ما يعاني من اضطراب سوء استخدام المواد المخدرة للدخول في المعالجة، فمن المرجّح سيشعر أنه تمّ إجباره على العلاج بطريقة ما، في حين قد يتمسك الآخرون بأنّ المريض لا يزال مسؤولاً عن قراره في النهاية (وبالتالي لم يكن "مُكرَهاً"). إضافة إلى ذلك، لقد أطّرَ كل من نوزيك وويرثيمر الإكراه باعتباره مسألة تهديد بين-شخصية. ينسجم هذا بشكل جيد مع بعض الميزات

(2) بالطبع القصة أطول هنا. فالنقطة الرئيسية هي أنّ خط الأساس بالنسبة لـ Wertheimer أخلاقي، ويتألف من التزامات وحقوق موجودة مسبقاً. خذ بعين الاعتبار مثالاً عن شخص يعرض إنقاذ شخص يغرق لكن بشرط أن يدفع فقط. ففي حين يتم بناء الأمر باعتباره عرضاً، إلا أنه يمكن القول إنّ الشخص الذي يغرق تم تهديده برفض أحقية أن يتم إنقاذه (وفشل الشخص الآخر في الوفاء بالتزامه بالإنقاذ). في المقابل، سمح نوزيك بقراءة "إحصائية" للخط الأساسي، من خلال "مجرى الأحداث المتوقع عادةً". فعلى سبيل المثال، يُعرَض على مدمن المخدرات علاجه اليومي من قِبل الموزّع المعتاد شريطة أن ينفّذ اعتداءً جسدياً على طرف ثالث. هنا قد تقوم دعوى الإكراه على أساس التوقعات المتعلقة بالحالة الواقعية المعتادة (على الرغم من أنّ المخاوف الأخلاقية قد تُستخدم أيضاً).

الخاصة للصحة العقلية، بما في ذلك أهمية العلاقة بين المريض والطبيب السريري. ومع ذلك، هنالك عدة قيود على هذه المقاربة العامة، ترتبط بشكل كبير بنطاق الضغوط المعتد بها. بإيجاز، قد تكون غير شاملة بما فيه الكفاية.

أصناف التأثير

كبداية، تمسّك عدد من الشرّاح بأنّ العروض يمكن أن تكون في الواقع إكراهية. ولعل أكثرها تأثيراً، ما جادل به Feinberg (1986) من أنّ بعض العروض تقوّض الموافقة إذا تمّت في ظروف صُمِّمت خصيصاً لغرض استغلال المتلقّي. على سبيل المثال، تصوّر حالة يُقدّم فيها آمر السجن تخفيفاً لعقوبة السجين المحكوم عليه بالإعدام مقابل المشاركة في تجربة طبية. النقطة المهمة هنا هي أنّ بعض الترتيبات قد تقيّد من نطاق خيارات الفرد إلى الحد الذي تُصبح فيه الموافقة غير صالحة، خاصة إذا كانت تلك الظروف تتضمن تفاضلاً ملحوظاً في القوة. من الواضح أنّ هذا له صلة بأخلاقيات البحث، حيث قدّم آخرون حججاً مماثلة لحجة ويرثيمر (McMillan 2013)[3].

من القيود الأخرى للتفسير القائم-على التهديد هي أنه يُهمل الرؤية الأكثر تقليدية للإكراه في كونه استخداماً للقوة الجسدية، المعروفة في أعمال الفلاسفة السياسيين الذين ساووا الإكراه مع إملاءات القوة التي تفرضها-الدولة (مثل، هوبز، كانط، ميل). يكمن الاهتمام في أنّ التفسير القائم على التهديد المحض، رؤية "الضغط"، يفوّت جوانب مهمة من الإكراه المرتبط بتطبيق القوة، التي يتم

(3) مرة أخرى هنالك قصة أطول تخرج عن نطاق هذه المناقشة. فعلى سبيل المثال، في حين أنّ Feinberg (1986) يرى أنّ كل من التهديدات والعروض يمكن أن تُشكّل إكراهاً، إلا أنّ العروض الإكراهية المقدّمة في ظروف لم تنشأ عن عَمد من قِبل المُكرِه لا تُبطل الموافقة. وبذلك يكون للإكراه دائماً تأثير مقيّد على الطواعية ولكن ليس كل إكراه يُبطل الموافقة. تجدر الإشارة أيضاً إلى أنّ نظرية فينبرغ قد تكون مناسبة على نحوٍ خاص للسياق الطبي النفسي بالنظر إلى تأكيدها على الضغط النفسي.

التقاطها بشكل أفضل من خلال رؤية "الإرغام" (Anderson 2010). الأهم من ذلك، أنّ الأخيرة تؤكد على الظروف الخلفية التي تسمح بالإكراه في المقام الأول، مثل موقع المُكرِه من جهة السلطة أو امتلاكه وسائل المتابعة من خلال التهديدات. فكّر في مثال السطو المسلح؛ أو بشكل أعم الحبس، أو أكثر نموذجية، "الاستجوابات المعززة [بالتعذيب]". وهكذا، في حين أنّ الرؤية القائمة-على التهديد عادة ما تفترض أنّ الإكراه يؤثر على طواعية المُكرَه، مبدّلاً رغبتهم عبر تقييد الاختيار، تؤكد رؤية الإرغام على أنّ الكون في وضع يتم فيه تنفيذ الأعمال تحت التهديد يُعدّ أساسياً.

لهذه الأغراض استخدام واضح في الصحة العقلية، حيث يتم فرض التدخّلات مثل الاستشفاء غير الطوعي أو التقييد الجسدي على المرضى الذين يكونون عرضة للخطر أو في وضع ضعيف نسبياً. وإذا بقيت هذه الأغراض فإنها ستوسع من نطاق التطبيقات المحتملة لفكرة الإكراه. على أقل تقدير، يجب ألا نكون منزعجين للغاية من ضبط الحدود المفاهيمية. لكن بصرف النظر عن التصوّر المفضّل لدى الفرد، من الضروري تمييز الأشكال المتنوعة للتأثير عند العمل في الرعاية الصحية، بما في ذلك الصحة العقلية. فعلى سبيل المثال، يميّز الإطار العملي المؤثر للغاية ثلاث فئات واسعة من **الإكراه، التلاعب، الإقناع**، التي تصف سلسلة متصلة من تأثير السيطرة (Faden & Beauchamp 1986). يقع التلاعب في الوسط، ويغطي الخداع، العروض والإغراءات، إدارة المعلومات والمعايير الثقافية والاجتماعية، التأثير الإيجابي بين الأشخاص. وعند النهايتين الإكراه، الذي هو السيطرة الكاملة، والإقناع العقلاني، الذي هو عدم السيطرة الكاملة. تحدث السيطرة الكاملة عندما "تُهيمن بالكامل على الشخص إرادةُ شخص آخر... عبر تأثيرات لا تقاوم" (269). وبذلك يتطلب الإكراه نيّة للإكراه، تهديداً ذا مصداقية، تأثيراً لا يقاوم.

يوفّر هذا الإطار العملي طريقة مفيدة للتفكير بشأن الأشكال المختلفة من التأثير. ومن التبعات الواضحة هي أنّ الإكراه يمكن أن يُبطل الموافقة المستنيرة،

لكنه يترك أيضاً نطاقاً واسعاً من التأثيرات التي لا تُبطلها - بمعنى آخر "منطقة من التأثيرات تتوافق مع الأفعال المستقلة جوهرياً وتشمل الإقناع وأشكال التلاعب غير التحكّمية بشكل جوهري (339). تهدف هذه المقاربة كذلك إلى أن تكون محايدة من الناحية المعيارية. بمعنى أنّ تحديد حالة التأثير داخل التصنيف يختلف عن مناقشة هل استخدامه مسوَّغٌ أم لا. لكن بالطبع ليس من الصعب أن نرى مدى ارتباطه بشكل مباشر بالشواغل الأخلاقية. وفي سياق الصحة العقلية، تمّ اقتراح إطار عملي مماثل إلى حدٍ ما، يشتمل على تسلسل هرمي من الضغوط العلاجية (Szmukler & Appelbaum 2008). ويضم: الإقناع، التأثير الإيجابي، الإغراءات، التهديدات (أو الإكراه)، القهر (أو المعالجة الإجبارية داخل المستشفى أو العيادة). هنا الارتباط بالدعاوى المعيارية هو ارتباط داخلي، مع تزايد عبء التسويغ مع درجة التقييد. لا يقدّم هذا الإطار العملي إرشاداً أخلاقياً مفصّلاً، بل يقدّم أداة مفيدة للتعامل مع القضايا ذات الصلة[4]. ولا توجد إجابات سهلة على الأسئلة المعيارية في الصحة العقلية، لكن كان هناك تزايداً كبيراً في الاهتمام مؤخراً، والكثير منها كان تجريبياً بطبيعته. سأنتقل إلى هذا البحث قبل تناول الإرشادات الأخلاقية في القسم الأخير.

الأدلة التجريبية

لدينا الآن كتابات تجريبية كثيرة عن الإكراه في الطب النفسي، معظمها نشأ ضمن عدد من المبادرات البحثية الدولية (Kallert et al. 2011a; Molodynski et al. 2014; Newton-Howes & Mullen 2011). ومما تجدر الإشارة إليه هو مشروع EUNOMIA، المموّل بواسطة الاتحاد الأوروبي عبر 12 بلداً مختلفاً (Kallert et al. 2005)، وكذلك دراسة الإكراه الشمالية ودراسة الإكراه السويدية (Hoyer et al. 2002; Kjellin & Wallsten 2010). ركّزت الكثير من هذه الأبحاث على إثبات

(4) كانت هناك مقترحات مماثلة في مجال الصحة العامة، مثل سُلّم تدخّل نوفيلد [Nuffield Intervention Ladder] من مجلس نوفيلد للأخلاقيات البيولوجية (2007).

انتشار الإجراءات الإكراهية وترابطاتها والنتائج السريرية المقترنة بها، مثل الالتزام غير الطوعي، العزل، التقييد، الدواء الإجباري. هنالك أيضاً عمل مستمر في المملكة المتحدة، مع مجموعات بحثية تركّز على البحوث النوعية (Priebe et al. 2010a) وأوامر المعالجة المجتمعية (Burns et al. 2013). ومن أوائل شبكات الأبحاث الرائدة والمهمة هي شبكة أبحاث مؤسسة ماك آرثر حول الصحة العقلية والقانون في الولايات المتحدة (Gardner et al. 1993).

إنّ هذه القائمة من البرامج البحثية ليست شاملة، وما سيأتي هو مراجعة انتقائية للغاية لعدد من النتائج الرئيسية. وبالتالي، فإنّ هدف هذا القسم إيصال المعنى الأساسي لما يمكن أن تخبرنا به البيانات الموجودة حول الإكراه وأشكال التأثير ذات الصلة. لا تزال الصورة الوصفية غير مكتملة، ومن غير الواضح ما هي الآثار المترتبة عليها بالنسبة لفهمنا للإكراه ولتسويغ استعماله. لكنها مع ذلك، تمثّل مجموعة مهمة من الأدلة التي نعتمد عليها عند تقييم الدعاوى المفاهيمية والمعيارية. قد لا ترتبط هذه النتائج التجريبية بدقة بالالتزامات أو الفئات الفلسفية التقليدية[5]. لكنها بالرغم من ذلك نتائج مثيرة للاهتمام، فبعضها ذو أهمية أخلاقية لا يمكن إنكارها. إذ، على الأقل، يمكنها أن تساعد في توجيه انتباهنا الأخلاقي.

الإجراءات الإكراهية

يتفاوت انتشار معالجة المرضى داخل المستشفى بموجب القانون بين البلدان والسلطات القضائية، وهو أمر غير مفاجئ نظراً لتنوّع النُظم الصحية والمعايير القانونية. لقد شهدت بعض البلدان زيادة في استخدام المعالجة داخل-المستشفى غير الطوعية (de Stefano & Ducci 2008). فعلى سبيل المثال، ارتفع معدّل الإدخال القهري في المملكة المتحدة مع انخفاض عدد أسرّة المستشفيات

(5) يرتبط هذا بالمخاوف المنهجية التي وظّفت حقل الفلسفة بشكل أعم؛ ولن نتناولها هنا.

الطبية النفسية (Keown et al. 2011)، وعلى الرغم من أنّ أكثر من نصف تقييمات قانون الصحة العقلية تؤدي إلى الإلزام القانوني، إلا أنها ارتبطت بخصائص المريض التالية: شدة الأعراض، والاضطراب الذهاني، وضعف الأداء الشامل (Singh et al. 2014). ما إن يتم الإدخال غير الطوعي إلى المستشفى، يخضع ما يقرب من 40 بالمائة من المرضى إلى الإجراءات الإكراهية، وإن كان هنالك تباين كبير (Raboch et al. 2010; Kalisova et al. 2014). ومن حيثية استخدام إجراءات خاصة، هنالك عدد قليل من الأنماط الثابتة. فعلى سبيل المثال وجدت دراسة نرويجية (Husum et al. 2010) أنّ العزلَ شائع جداً (35 بالمائة)، يأتي بعد ذلك التقييد (10 بالمائة)، والدواء الإجباري (9 بالمائة)؛ ووجدت دراسة EUNOMIA (McLaughlin et al., 2016) أنّ الدواء الإجباري أكثر شيوعاً (41 بالمائة)[6]. لقد ارتبط استخدام هذه الإجراءات باستمرار بعدوانية المريض، وشدة الاعتلال، والاضطراب الذهاني، وضعف الأداء الشامل (Kalisova et al. 2014).

إنّ التسويغ المعياري لهذه التدخّلات هي أنها تصب في المصلحة الفضلى للمريض والصحة العامة. أدّى هذا إلى نشوء سلسلة مهمة من الأبحاث تركّز على النتائج السريرية للمعالجة غير الطوعية. وقد أظهرت بعض هذه الأعمال أنّ غالبية المرضى أظهروا في النهاية تحسّناً في الأعراض وأفادت أقلية ملحوظة عن رضاها بالمعالجة. على سبيل المثال، وجدت المراجعة الأولية أنّ الإلزام بدخول المستشفى اقترن بتحسّن سريري، متضمِّنة مجموعة من المرضى (33-81 بالمائة) الذين وصفوا معالجتهم بأثر رجعي أنها مبررة أو مفيدة (Katsakou & Priebe 2006). ووجدت إحدى الدراسات أنّ 15 بالمائة فقط من المرضى أُعيد إدخالهم إلى المستشفى بعد مرور عام على إلزامهم الأول و40 بالمائة اعتبروا إدخالهم الأصلي مبرراً (Priebe et al. 2009). أفادت الأبحاث ضمن مشروع

(6) وُجِد أيضاً أن الدواء الإجباري ارتبط بشكل أقوى مع المرضى الرافضين للمعالجة (McLaughlin et al. 2016).

EUNOMIA أنّ ما يتراوح من 39 إلى 71 بالمائة من المرضى وصفوا إلزامهم بدخول المستشفى أنه مبررٌ بعد شهر واحد، وارتفع إلى 39 - 71 بالمائة بعد ثلاثة أشهر (Priebe et al. 2010a)، وتحسّن ملحوظ في الأعراض بعد شهر وثلاثة أشهر على حدٍ سواء (Kallert et al. 2011b).

بدأ هذا البحث بتوفير صورة أوضح عن الإكراه في الصحة العقلية، وقد يكون من المطمئِن إلى حدٍ ما أنّ ما يتم القيام به باسم النتائج الفضلى يبدو أنه يخدم ذلك الغرض (على الأقل بالنسبة للمعالجة داخل المستشفى)[7]. لكن بالطبع لا يمكن للبيانات وحدها تسوية النزعات المعيارية. فهنالك بعض النقاط تستحق الذكر. أولاً، بصرف النظر عن النتائج، لا يزال بإمكان المرء المجادلة بأنّ أنواعاً معينة من التدخّل تُعدّ مشكلة من الناحية الأخلاقية - أو غير مسموح بها حتى - مهما كانت. قد تعني الدرجة الجوهرية للتعدّي على الاختيار المستقل أنّ بعض الإجراءات الإكراهية غير فعالة أخلاقياً. ثانياً، فيما يتعلق بالرؤى ذات الأثر الرجعي للمرضى بعد بدء المعالجة، فإنه غني عن القول أنّ "الموافقة بأثر رجعي" أو الامتنان لا تُعدّ موافقة (Wertheimer 1993). إنّ النتائج الواردة هنا مفيدة ولكنها ليست ساحقة، إذ من المفترض أنّ نسبة كبيرة من المرضى يبقون غير موافقين على أسباب احتجازهم. وتبقى حقيقة أنّ الموافقة تتطلب قراراً فعالاً ومخوّلاً يسبق بدء المعالجة. هذا النوع من الاعتبار الزمني يسلّط الضوء على جاذبية التوجيهات الطبية النفسية المتقدمة أو التصريحات المتقدمة (Appelbaum 2004). أخيراً، هنالك نسبة كبيرة من المرضى غير الطوعيين يكونون مقتدرين ذهنياً عند مرحلة الإدخال (Cairns et al. 2005). لذلك يمكن القول إنّ هؤلاء المرضى يجب أن يحتفظوا بحق رفض العلاج. تتوافق الاعتبارات من هذا النوع مع الاقتراح القائل إنّ التشريعات التي تحكم المعالجة

---

(7) تصف بيانات النتائج حول المعالجة المجتمعية الإلزامية فائدة سريرية محدودة (Molodynski et al. 2016). للاطلاع على مناقشة أخلاقيات الإكراه التي تركّز على الصحة العقلية للمجتمع انظر Gergel & Szmukler (2016).

غير الطوعية يجب أن تتضمّن معايير تتعلق بالقدرة (Szmukler 2015).

إنّ الاستنتاج الأقل تحيّزاً للاستخلاص من البيانات حول الإجراءات الإكراهية هو ببساطة إنّ استعمالها قابل للاختزال. وقد أصدر مشروع EUNOMIA توصيات بهذا الخصوص. يبدأ ذلك بتحسين معالجة الأعراض قبل الدخول إلى المستشفى، بالنظر إلى الارتباط القوي بين شدة الأعراض والاحتجاز القانوني (Fiorillo et al. 2012). ويمكن أيضاً اتخاذ خطوات أخرى، مثل إعطاء المرضى معلوماتٍ أفضل بشأن دخولهم إلى المستشفى، بما في ذلك مسوّغاته ومدته؛ والتركيز على حماية حقوق المريض؛ وزيادة إشراك العائلة؛ وخطوط أوضح للتواصل بين المجتمع والمستشفى؛ والمزيد من الاجتماعات مع مستخدمي الخدمة؛ وتدريب أفضل للموظفين بشأن التدخّلات الخاصة بالسلوك العدواني (Fiorillo et al. 2011). تُعدّ النقطة الأخيرة مهمة بشكل خاص بالنظر إلى البيانات التي تشير إلى أنّ موظفي الرعاية ليس لديهم الفهم الكافي للإكراه (Jaeger et al. 2014)، وإلى الأدلة على أنّ تدريب الموظفين يمكن أن يُحسّن تجارب المرضى غير الطوعيين (Wykes et al. 2017). كما ووجدت دراسة نظامية حديثة أنّ الصياغات المتقدّمة هي الوسيلة الوحيدة الفعالة للحد من الإلزام غير الطوعي (de Jong et al. 2016).

الإكراه المتصوَّر

تُعنى النتائج السابقة بما يُشار إليه أحياناً بالإكراه "الموضوعي"، إلا أنه كان هنالك قدر كبير من الأبحاث حول الخبرات الذاتية لمرضى الحالات الطبية النفسية. استخدمت معظم هذه الأعمال بنية "الإكراه المتصوَّر"، حيث تمّ تفعيله لأول مرة ضمن نطاق تمّ تطويره في بحث موّلته مؤسسة ماك آرثر (Gardner et al. 1993). وكان ذلك مدفوعاً بالبيانات المبكرة التي كشفت أنّ الوضع القانوني كان مقياساً ضعيفاً للإكراه، لأنّ بعض المرضى **الطوعيين** أبلغوا عن تجارب إكراهية، في حين أنكر بعض المرضى **غير الطوعيين** أنهم تعرضوا للإكراه (e.g.,

Rogers 1993). وهكذا، اعتُبِرَ وجود مقياس بديل أمراً ضرورياً، مع تعريف الإكراه المتصوَّر على أنه "الاعتقاد بأنّ المرء يفتقد إلى الاختيار والتحكّم والتأثير على الإدخال إلى المستشفى، ولا يمتلك حرية الرفض" (Gardner et al. 1993). كذلك استخدم بعض الباحثين مقابلة الإدخال لبلدان الشمال الأوروبي، التي تركّز على الأسئلة المتعلقة بوجهات نظر المرضى حول حق تقرير-المصير، والدراية بالوضع القانوني، والقيود المفروضة على الحرية، وانتهاكات السلامة (Hoyer et al. 2002).

كشفت الأبحاث التي تستخدم هذه الإجراءات أنّ الإكراه المتصوَّر شائع جداً في المرضى المودعين بشكل غير طوعي، مع نسبة تتراوح من 74 إلى 98 بالمائة من المرضى الذين أبلغوا عن تجارب إكراهية (Kjellin et al. 2006; O'Donoghue et al. 2014). وأبلغت أقلية ملحوظة من المرضى الطوعيين عن تجارب مماثلة، تتراوح من 10 إلى 34 بالمائة (Bindman et al. 2005؛ Hoge et al. 1997؛ Iversen et al. 2002؛ Kallert et al. 2011b؛ Kjellin et al. 2006؛ O'Donoghue et al. 2014). وفيما يتعلق بخصائص المريض، يميل الإكراه المتصوَّر في كل من المرضى الطوعيين وغير الطوعيين إلى الارتباط بالأعراض الإيجابية للذهان وضعف الأداء الشامل (Fiorillo et al. 2012; O'Donoghue et al. 2014)، في حين كانت البيانات المتعلقة بالعُمر، الجندر، العرق مختلطة تماماً (Newton-Howes, & Mullen 2011). لا تُعدّ القراءات المتعلقة بالنتائج عن المرضى الذين يُبلغون عن التجارب الإكراهية مشجّعة. فقد وجدت الدراسات المبكرة أنّ الإكراه المتصوَّر كان قد اقترن بتفادي خدمات الصحة العقلية، وانخفاض رضا المريض، والمواقف السلبية تجاه المعالجة (Day et al. 2005; Rogers 1993; Swartz et al. 2003). ووجدت المزيد من الدراسات الحديثة اقتران درجات عليا من الإكراه المتصوَّر في المرضى غير الطوعيين برضا أقل تجاه المعالجة (Katsakou et al. 210). يميل المرضى الطوعيون الذين أبلغوا عن الإكراه إلى أن يكون لديهم تحسّن أقل في الأعراض من أولئك الذين أُلزِموا بشكل غير طوعي، عند التدقيق مع التشخيص والأعراض الأساسية [ما قبل

المعالجة] الأعلى، وأكثر عرضة لاعتبار علاجهم غير فعال (Fiorillo et al. 2012; Kallert et al. 2011b).

هنالك أيضاً بيانات مثيرة للاهتمام فيما يتعلق بوجهات نظر المرضى حول مصادر التحكم أو التأثير غير المرحّب به. لقد كان الاستنتاج الثابت أنّ تهديدات القوة، أو "الضغط السلبي"، ترتبط بوجود الإكراه المتصوَّر (Bindman et al. 2005; Iversen et al. 2002; O'Donoghue et al. 2014). لكن تمّ أيضاً الإبلاغ عن "الضغوط السلبية"، مثل الإقناع والإغراءات، فيما يصل إلى 60 بالمائة من المرضى الطوعيين، على الرغم من عدم الاقتران بالإكراه المتصوَّر (O'Donoghue et al. 2014). يبدو أنّ هذه الديناميكية يمكن أن تعتمد على مصدر الضغط. فعلى سبيل المثال، تقترن كل من الضغوط الإيجابية والسلبية من مهنيي الصحة العقلية مع إكراه متصوَّر أعلى (Cascardi & Poythress 1997; Lidz et al. 2000). لاحِظ أنّ هذا يثير احتمالية أنّ أنواعاً معينة من العروض أو الحوافز، من أنواع معينة من الناس، قد تتأهل إلى اعتبارها إكراهاً، على الأقل في هذا الإجراء الخاص. ومن النتائج الرئيسية الأخرى هي الاقتران الحاصل بين الإكراه المتصوَّر في المرضى الطوعيين وغير الطوعيين والافتقار المُبلَّغ عنه إلى عمليات اتخاذ-القرار الواضحة والعادلة، أو "**العدالة الإجرائية**" (Cascardi & Poythress 1997; McKenna et al. 2001; O'Donoghue et al. 2014).

لقد كانت هناك زيادة مرّحباً بها في الأبحاث النوعية حول القضايا ذات الصلة. فالمرضى الطوعيون الذين أبلغوا عن التجارب الإكراهية عزوها إلى حدٍ كبير إلى عدم المشاركة في عملية الإدخال، بما في ذلك شعورهم بالتسرّع في قرارهم بالدخول إلى المستشفى (Katsakou et al. 2011). لقد أبلغ الكثير من المرضى الطوعيون بأنّ احتمالية الإلزام غير الطوعي تمثّل نوعاً من **التهديد الضمني** خلال عملية الإدخال. هذا يعني أنهم يعتقدون أنهم سيُحتجزون قانونياً إذا لم يوافقوا على المعالجة داخل المستشفى (Katsakou et al. 2011). قد يتضمن ذلك عدم الارتياح مع استخدام الحوافز أو عدم الموافقة على

استخدامها، مع انطباع مفاده أنّ مجموعة واسعة من التدخّلات والتفاعلات قد تكون مشوبة باحتمالية الاحتجاز الدائم (Priebe et al. 2010b). إضافة إلى ذلك، تشير الكتابات النوعية إلى أهمية العلاقات والمعايير والقيم. فعلى سبيل المثال، تم ربط تجارب الإكراه - أو انتهاكات حرية الاختيار - بالرؤى السلبية عن العلاقة العلاجية (Theodoridou et al. 2012)، وتم الإبلاغ عن التوقعات المجتمعية الأوسع باعتبارها مصدراً للضغط (Canvin et al. 2013). وعند الاستعلام عن القيم الأكثر أهمية بالنسبة لهم أثناء المعالجة، وصف المرضى غير الطوعيين حرية الاختيار، والشعور بالأمان، والاحترام من جانب الموظفين (Valenti et al. 2014)[8].

ما الذي يتعين القيام به مع هذه النتائج؟ الانطباع الأولي هو أنّ الضغوط الإكراهية منتشرة بشكل كبير في العلاج الطبي النفسي، على الأقل من منظور المرضى (Newton-Howes & Stanley 2012). بالرغم من ذلك، قد تُثار، هنا، أسئلة حول صحة إفادات المريض، خاصة بالنظر إلى الاقتران القوي بين الإكراه المتصوَّر وشدة الأعَراض، ناهيك عن حالة عدم اليقين التي يعبّر عنها المرضى بشأن وضعهم القانوني. من الجوانب المثيرة للأعمال حول الإكراه المتصوَّر هو مَيل المرضى غير الطوعيين إلى وصف إدخالهم إلى المستشفى أنه طوعي، حوالي من 33 إلى 44 بالمائة (Kjellin et al. 2006)، في حين يعتقد 10 - 66 بالمائة من الداخلين طوعاً إلى المستشفى إما أنّ وضعهم القانوني غير طوعي أو أنهم غير متيقنين مما إذا كانوا أحراراً بالفعل في مغادرة المستشفى (Bindman et al. 2005; Kjellin et al. 2006; Rogers 1993). أحد التأويلات المحتملة لهذه البيانات هي أنّ الإدراكات الحسية للضغط غير المرحّب به هي من نِتاج الأمراض النفسية. يتسق هذا مع الاقتران بأعراض حادّة، وكذلك الارتباط بين

(8) تتوافق جميع هذه النتائج مع الأبحاث حول "سياقات الإكراه (Sjostorm 2016) "، وكذلك الأدلة الناشئة حول "الإكراه غير الرسمي" بشكل أعم (Hotzy & Jaeger 2016).

الإكراه المتصوَّر وانخفاض التبصّر أو الدراية بالاعتلال (Bindman et al. 2005). لقد كانت هنالك جهود لحل هذه المسألة، تضمنت مراجعات بيانية ومقابلات مع الموظفين في محاولة للمقارنة بين مصادر المعلومات. وكانت هذه النتائج غير حاسمة، فبعض الدراسات أكّدت إفادات المرضى (Lidz et al. 1997) ووجدت أخرى القليل من الاتفاق بين المصادر (Poulsen & Engberg 2001). على أية حال، هنالك قراءة أخرى للبيانات تتمثل في أنّ المرضى يجدون المعالجة الطبية النفسية مهدِّدة بشكل جوهري. يمكن أن يساعد هذا في تفسير مخاوف العديد من المرضى الداخلين طوعاً إلى المستشفى حول وضعهم الفعلي، وربما حتى الرؤى غير الدقيقة التي لدى المرضى غير الطوعيين حول وضعهم القانوني.

والآن، لكي نكون واضحين، إنّ الخبرة الذاتية للضغط أو عدم السيطرة قد لا تُعتبَر كافية للارتقاء إلى مستوى الموافقة الباطلة أو المسؤولية المتضائلة. مرة أخرى، وفق رؤية Wertheimer عن الإكراه، إنّ السؤال الرئيسي هو هل التدخّل المذكور لديه هذه الدرجة من القوة الأخلاقية، بصرف النظر عن كيفية تصوّر أو وصف المريض لموقفه. لكن، بطبيعة الحال، هنالك مجموعة من الاعتبارات الأخرى المهمة أخلاقياً تتجاوز تلك المتعلقة بالموافقة المستنيرة (ولا الموافقة نفسها هي مسألة إما كل-أو-لا شيء). وفقاً لشروط Wertheimer، قد لا تكون الخبرات المُبلَّغ عنها من قِبل العديد من مرضى الحالات الطبية النفسية مؤهلةً دائماً باعتبارها تعارضاً ذا درجة-إكراهية، لكنها مقلقة من الناحية الأخلاقية رُغمَ ذلك. وبالنظر إلى النتائج القوية حول الإكراه المتصوَّر، ينبغي أخذها على محمل الجد. وهذا صحيح كذلك عند النظر في علاقتها بالنتائج السريرية. من المرجّح أنّ تقليل الإدراكات الحسية للإكراه يُحسّن النتائج، ورضا المريض، والالتزام بالأدوية. وعلى غرار التوصيات بتقليل الأشكال الأكثر موضوعية للإكراه، فإنّ ذلك يبدأ بمعالجة الأعَراض. كذلك أكّد الباحثون على أهمية المواجهة الأولى مع المرضى فيما يتعلق بالإدراكات الحسية للعدالة الإجرائية (Cascardi et al. 2000)، وكذلك تقديم معلومات واضحة وممكنة الوصول إلى

المرضى الطوعيين بشأن قدرتهم على مغادرة المستشفى (O'Donoghue et al. 2014)[9].

الإرشادات الأخلاقية

إلى جانب التحدّي المتمثّل في تأويل النتائج التجريبية، هنالك أيضاً سؤال حول كيفية احتواء هذه النتائج في أُطر أخلاقية أوسع. كانت هناك محاولات قليلة، إن وجدت، لتقديم إرشادات حول استخدام الإكراه وأشكال التأثير الأخرى في الصحة العقلية. بالطبع هنالك معايير قانونية وبِنى تنظيمية تتناول الإجراءات الإكراهية في العديد من السلطات القضائية. وكما ذكرنا سابقاً، هنالك أيضاً مقترحات تقدّم تصنيفاً لأنواع التأثيرات وما يصاحبها من عبء التسويغ. لكن بالرغم من هذه الجهود، فإنّ الباحثين عادة ما يتجنّبون التحليلات التفصيلية لأخلاقيات التأثير، خاصة الأشكال الأكثر دقة التي تندرج تقليدياً ضمن فئات التلاعب والإقناع. في هذا القسم سأتناول استثناءً ملحوظاً، ذاك الخاص بـ Blumenthal-Barby وزملاؤها (2013). فتفسيرهم هو خطوة في الاتجاه الصحيح؛ إذ يلتقط عدداً من القضايا المهمة وبالتالي يجب أن يُثبت فعاليته في المضي قدماً. ومع ذلك، أقدّم شرحاً نقدياً، مستعيناً بعدد من الخيوط السالفة الذكر التي تحضّ على القليل من التعديلات الودّية.

تقييم التأثير

قدّمت Blumenthal-Barby وزملاؤها (2013) تصنيفاً للتأثيرات يتقاطع مع الفئات التقليدية. بدءاً بما يقع عادة تحت عنوان الإقناع، إذ حددوا **توصيات** مباشرة (مثل، نصح المرضى بتأخير الترك بعد بدء الدواء الجديد)، الاحتكام **إلى قيم المرضى وأهدافهم** (مثل، التأكيد على أنّ التأثير الإيجابي للمعالجة

(9) في العديد من السلطات القضائية، تكون القوانين التي تحكم الإجراء مقيّدة بما فيه الكفاية لجعل الإدخال الطوعي شيئاً ما دون الطوعي تماماً (Garakani et al. 2014).

يمكن أن يكون من مسؤوليات الوالدين)، الاحتكام إلى **المعايير الاجتماعية** (مثل، ذكر ما يميل المرضى إلى القيام به في المواقف المماثلة). يلي ذلك، التأثيرات التلاعبية **لتأطير المعلومات** (مثل، استخدام لغة غير سريرية بدلاً من المصطلحات الأكثر تقنية) وتقديم **الحوافز** (مثل، منح بعض الامتيازات للجناح مشروطة ببعض السلوكيات). أخيراً، هنالك التأثيرات الأكثر خطورة **للتهديدات** الملموسة (مثل، التهديد بإبقاء المريض داخل المستشفى مالم يتبع الإرشادات) والأشكال المختلفة من **الخداع**: الإخفاء (مثل، الفشل في إعلام المرضى بخيار العودة إلى المنزل لصالح الظرف المدعوم)، التضليل (مثل، تقديم المعلومات بطريقة تؤدي إلى افتراضات غير واقعية لدى المرضى حول مآلهم)، الكذب (مثل، سوء تحديد موظّفي الجناح عن عَمد بسبب عدم ثقة المريض بمهنيي الصحة العقلية).

تأتي كل من أساليب التأثير هذه مع توصيات أخلاقية خاصة. يتشاطر معظمها مجموعة من ثلاثة التزامات. الأول، يجب تقييم قدرة المريض على الاختيار المستقل، فالقدرة الأكبر تشير إلى أنّ التأثير أقل قابلية للتسويغ. الثاني، يجب تقييم درجة ثقة المرء بفعالية العلاج، فمستوى الثقة الأقل يُشير إلى أنّ التأثير أقل قابلية للتسويغ. والثالث، كلما ازداد الضرر الذي يسببه التأثير - والعلاج - نسبة إلى الفائدة، كلما كان أقل قابلية للتسويغ. يمكن أن تكون لبعض أشكال التأثير مواصفاتها الخاصة بها. يتطلب جواز الاحتكام إلى قيم المريض وأهدافه معرفة ذلك المريض، والمعايير الاجتماعية المستخدمة يجب أن تكون دقيقة وخالية من التحيّز والوصمة. يجب ألا تتضمّن الحوافز المستخدمة للتأثير استحقاقات يحق للمريض التمتع بها. لا تُستخدَم التهديدات والخداع إلا بعد فشل الجهود الأخرى، أو إذا كانت ستمنع ضرراً سريرياً وشيكاً، أو إذا كانت تمثّل الطريقة الوحيدة لحماية استقلالية المريض من التدهور الدائم.

مع وجود هذه المؤهلات في مكانها الصحيح، طوّرت Blumenthal-Barby وزملاؤها إرشادات مفيدة لتقييم التأثير في الصحة العقلية. لا يُقصَد من تنوّع التأثيرات المتضمَّنة أن تكون شاملة، أو مستقلة بالكامل عن بعضها البعض، ولا

يُتوقّع أن يكون تقييمها قريباً من الحسم أو الموضوعية. فهي تدعو إلى مقاربة متوازنة، حيث تؤدي المخاطر والفوائد المقترنة بأي حالة خاصة إلى تباحث أخلاقي. لكن من المعترف به أنّ هذا قد تكون له حدود، مثل احتمالية التمسّك بأنّ التهديدات والخداع دائماً ما تكون غير جائزة بسبب الدعاوى القائمة-على الاستقلالية (على الرغم من عدم تقديم إرشادات إضافية حول هذه المسألة). إنّ أولوية القدرة هي جزء مهم آخر من التوجيهات، وهي تحسين إلى جانب المقاربات القانونية والأخلاقية التي تُعطي الأولوية للسلامة\الخطورة.

بعضاً من التعديلات

عند مراجعة النتائج المناقشة سابقاً، يمكن تحسين هذا الإطار من خلال عدة طرق. الأولى هي الإدراك المتزايد بأنّ الإكراه الضمني قد يكون حاضراً في الكثير من التفاعلات السريرية. فكما رأينا، غالباً ما يكون المرضى الطوعيون تحت الانطباع الذي مفاده أنه سيتم احتجازهم قانونياً إذا لم يوافقوا على الدخول إلى المستشفى. ونظراً لانتشار الإلزام غير الطوعي، فهنالك كل ما يبرّر للمرضى الاعتقاد بأنّ هذا احتمال حقيقي. واعتماداً على طبيعة التواصل والمواجهة السريرية، يؤخذ على أنه تهديد ذو مصداقية. ترتبط البيانات المتاحة بالأساس بحدث الإدخال، لكن ليس من الصعب تخيّل كيف يمكن لهذه الديناميكية أن تستمر على مدار فترة الإقامة داخل المستشفى. في الواقع، قد تنتشر التهديدات الضمنية في العديد من جوانب العلاج. يمكن لهذا أن يغيّر من مغزى التفاعلات الحميدة ظاهرياً، بما في ذلك التأثيرات الإقناعية مثل التوصيات ومناشدات الاحتكام إلى القيم أو المعايير. وعليه، قد تؤثر احتمالية هذا الإكراه الضمني على استقلالية المريض بطريقة يُخفق في تقديرها التفسير الذي تقدّمه Blumenthal-Barby وزملاؤها[10]. كما أنها لها تبعات على فعالية

(10) في الآونة الأخيرة، قدّمت Blumenthal-Barby (2014) تفسيراً للتلاعب يؤكد على أهمية السياق والعلاقات، على الرغم من عدم تطبيقه بشكل مباشر على الطب النفسي.

العلاج، بالنظر إلى ما نعرفه عن الإدراكات الحسية للإكراه من جهة لرضا المريض والنتائج السريرية.

إلى جانب احتمالية أنّ الاحتجاز يحوم بشكل تهديدي في الخلفية، قد يعتقد المرء أيضاً أنّ الأدوار المهنية لموظّفي الصحة العقلية تستلزم التزامات وواجبات معينة. في الحقيقة، يمكن القول إنّ على العاملين في مجال الصحة العقلية المجتمعية واجب الرعاية الذي يمنع أنواعاً معينة من الاقتراحات الشرطية (Dunn et al. 2012). وبالاعتماد على فكرة Wertheimer عن الخط الأساسي الموجود مسبقاً، يمكن القول إنّ أي اقتراح يكون مشروطاً بقبول التدخّلات العلاجية يمثل تهديداً - وليس عَرضاً - إذا كان ما يتم اقتراحه هو بالفعل جزء من حُزمة العلاج المعياري. فعلى سبيل المثال، إذا اقترح الموظّفون نشاطاً مثل مغادرة المستشفى في نزهة لكن بشرط أن يحضر المرضى علاجاً جماعياً، فإنّ هذا يمثّل تهديداً جائراً إذا كان النشاط جزءاً من المعالجة المعيارية. يتماشى هذا مع شرط Blumenthal-Barby وزملائها المتمثل في أنّ استخدام التأثير يجب ألا يتضمن حوافز يحق للمريض التمتع بها. لكن يجب توضيح أنّ الحقوق والالتزامات التي تشمل الخط الأساسي الأخلاقي للمريض ترتكز جزئياً على الواجبات المهنية لموظّفي الصحة العقلية.

إنّ النتيجة التجريبية التي لها تبعات على أي مجموعة مقترحة من الإرشادات الأخلاقية هي الاقتران بين الإكراه المتصوَّر والعدالة الإجرائية. توضّح البيانات أنّ كل من المرضى الطوعيين وغير الطوعيين ينتقدون الافتقار إلى العمليات الواضحة، خاصة أثناء الإدخال إلى المستشفى. فالنقطة العامة هي أنّ نوعية المعلومات وتوفرها يُعدّان مُهمين. وكما ذكرنا سابقاً، هنالك عدة طرق لتأويل النتائج التي لا يكون وضعها القانوني واضحاً بالنسبة للمرضى. في بعض الحالات، قد يكون السبب هو عدم القدرة أو الافتقار إلى التبصّر. لكن في الحالات الأخرى، من المحتمل أن يكون السبب هو الافتقار إلى العمليات الواضحة والشفافة. وقد تكون الطريقة التي تمّ فيها تقديم الحوافز والتهديدات

هي جزء من ذلك الافتقار إلى الوضوح. وبالتالي، قد تكون للأشكال الأكثر دقة من التأثير الإقناعي والتلاعبي أهمية متزايدة في السياق الصحي العقلي، بمافي ذلك التوصيات، ومناشدات الاحتكام إلى القيم والمعايير، وتأطير المعلومات.

لقد تلقّى التحليل الأخلاقي لأشكال التأثير هذه اهتماماً قليلاً نسبياً في مجال الصحة العقلية؛ فما دارَ هناك هو الميل إلى التركيز على استخدام "الدفعات أو الوكزات" في حقل الصحة العامة. وبذلك كانت Blumenthal-Barby وزملاؤها (2013) على حق في تسليط الضوء على تأطير المعلومات باعتباره مُهماً على نحوٍ محتمل. لقد ركّزت معظم معالجات الوكز على سؤال الاستقلالية؛ ومن الإنصاف أن نقول إنّ محاولات التحفيز على الاهتمام الأخلاقي وفق هذه الأسباب كانت معظمها غير مُرْضية (Cratsley 2015; Quigley 2014). لكن لا ينبغي أخذ هذا على أنه يشير إلى عدم وجود الاهتمام. فعلى سبيل المثال، هنالك قلق معترف به جيداً متمثل في أنّ المعلومات المُتشكّلة بطرق معينة تتجاوز بشكل فعال التقييم العقلاني. في الواقع، إنّ شرط التعتيم هو أساس فعالية التقنيات المستوحاة من تراث التحيزات والاستدلالات (من جهة أنها تعمل خارج الدراية الواعية). على أية حال، إذا ما تمسّك المرء بأنّ الموافقة المستنيرة تتطلب تباحثاً مفتوحاً بين الخيارات، فإنّ تأثير بنية الاختيار يمكن أن يُصبح مشكِلاً من الناحية الأخلاقية. قد تزداد أهمية هذا القلق في سياق الصحة العقلية بالنظر إلى نقاط الضعف المعرفية لدى العديد من المرضى.

لا يعني هذا إنكار المساعدة المحتملة من بنية الاختيار. فنحن نعتقد أنه من المرجّح أن تتطلّب بعض الظروف تدخّلاتٍ من هذا النوع، قابلة للتسويغ فيما يتعلق بدرجة استقلالية المريض، وفعالية علاج، وحسابات المخاطر\الفوائد. لكننا بحاجة إلى أن نكون واضحين قدر الإمكان بشأن هذه التسويغات؛ بحاجة إلى القليل من التدقيق. وكما رأينا، قد يكون الاهتمام بالواجبات والأدوار المهنية كبيراً أيضاً. خذ بعين الاعتبار حقيقة أنّ الدافع للقيام ببعض الأعمال الأصيلة حول الاستدلالات والتحيزات كان لتحسين اتخاذ-

القرار في السياقات الطبية (Kahneman 2011). يمكن القول إنّ بِنى الاختيار التي تستخدم التحيزات لها وضع أخلاقي مختلف، لأنها تترك عيوب التفكير من دون مساس. أضافت هذه النقطة صدًى في السياق الذي يكون فيه على المهنيين واجب معالجة الأعراض الطبية النفسية، التي يؤثر الكثير منها بشكل مباشر على قدرات التفكير. ببساطة، قد يكون هنالك توتر أخلاقي في تسخير الاستدلالات والتحيزات عند محاولة تخفيف الحالات المقترنة بالتدهور المعرفي.

توصي Blumenthal-Barby وزملاؤها بنوع من اليقظة من جانب مهنيي الصحة العقلية، بالنظر إلى المخاطر الأخلاقية للتأثير. تُعدّ هذه نصيحة مفيدة، خاصة وأنّ هنالك واجبات مهنية تتضمن مجموعة من الإلزامات والحقوق الأساسية. وهذا يتضمن توفير المعلومات والفهم الكافيين لاستيفاء شروط الموافقة المستنيرة، ولكن قد يتضمن أيضاً توقعات من جانب المرضى بأنّ جوانب حالتهم لن تُستخدم كمصدر للتأثير. أخيراً، كما رأينا في الأبحاث المتعلقة بالإكراه المتصوَّر، إنّ للعلاقات والمعايير الاجتماعية أهمية أخلاقية. يبدو أنّ دور مهنيي الصحة العقلية، بالتحديد، الإبلاغ عن تأويلات المرضى حول هل الاقتراح يمثّل تهديداً جائراً أم عَرضاً غير ضار أثناء عملية الإدخال إلى المستشفى. ومرة أخرى، هذه الديناميكيات لها أهمية بالنسبة للنتائج السريرية. لذلك، ينبغي بذل الجهود لزيادة إشراك غير المهنيين في عملية بدء العلاج، مثل أعضاء الأسرة، ناهيك عن إمكانية إشراك مدخلات الشخص العادي ودعم الأقران.

الختام

يُعدّ استخدام الإجراءات الإكراهية واسع الانتشار في حقل الصحة العقلية، والكثير منها له أهمية أخلاقية كبيرة. مازالت النقاشات حول الطريقة الفضلى لتعريف وتمييز الأشكال المختلفة للتأثير مستمرة، وهناك برامج بحثية تجريبية فعالة تسعى وراء مجموعة من الأسئلة ذات الصلة. يجب أن تأخذ الجهود

المبذولة لتطوير إرشادات أخلاقية بشأن استخدام التأثير بعض هذه النتائج بعين الاعتبار. وعلى وجه الخصوص، إنّ جوانب العلاج التي تبدو بارزة بشكل خاص هي التهديد الضمني للمعالجة غير الطوعية، والافتقار إلى العمليات المستنيرة الشفافة، ونوعية العلاقات العلاجية. ومن النتائج المتاحة الآن، وربما أهمها، هي أنّ استخدام الضغط والتأثير يُعدّ متغيّراً قابلاً للتعديل. تركّز التوصيات الخاصة بالحدّ من الإجراءات الإكراهية على علاج الأعراض بشكل أكثر فعالية، وتحسين التواصل، والتأكيد على حقوق المريض، وزيادة تدريب الموظفين، وإمكانية استخدام صياغات متقدّمة. يجب أن يساعد التقدّم في هذه المجالات على تحسين تجارب المرضى مع التأثير أيضاً على النتائج السريرية. ومع ذلك، لا يعني هذا إنكار انّ هناك ظروفاً تكون فيها الحاجة إلى المعالجة الفورية لها الأسبقية على الاعتبارات الأخرى، عندما يكون الإكراه مسموحاً به، أو لا مفر منه، أو إلزامياً حتى.

شكر وتقدير

أودّ أن أشكر المحررتين روبين بلوم، وسَريفي تيكن، لتعليقاتهم المفيدة على النُسخ الأولية لهذا الفصل.

References

Anderson, S. (2010), The Enforcement Approach to Coercion, Journal of Ethics and Social Philosophy, 5:1-31.

Anderson, S. (2011), Coercion. In The Stanford Encyclopedia of Philosophy. E. Zalta, ed. Winter 2011 edition. URL= http://plato.stanford.edu/archives/win2011/entries/ coercion/.

Appelbaum, P. S. (2004), Psychiatric Advance Directives and the Treatment of Committed Patients, Psychiatric Services, 55:751-763.

Bindman, J., Reid, Y., Szmukler, G., Tiller, J., Thornicroft, G., and Leese, M. (2005), Perceived Coercion at Admission to Psychiatric Hospital and Engagement with Follow-Up, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40:160-166. Blumenthal-Barby, J. S. (2012), Between Reason and Coercion: Ethically Permissible Influence in Health Care and Health Policy Contexts, Kennedy Institute of Ethics Journal, 22:345-366.

Blumenthal-Barby, J. S. (2014), A Framework for Assessing the Moral Status of "Manipu-

lation." In Manipulation: Theory and Practice. C. Coons and M. Weber, eds. Oxford: Oxford University Press.

Blumenthal-Barby, J. S., McCullough, L. B., Krieger, H., and Coverdale, J. (2013), Methods of Influencing the Decisions of Psychiatric Patients: An Ethical Analysis, Harvard Review of Psychiatry, 21:275-279.

Burns, T., Rugkasa, J., Molodynski, A., Dawson, J., Yeeles, K., Vazquez-Montes M., and Priebe, S. (2013), Community Treatment Orders for Patients with Psychosis (OCTET): A Randomized Controlled Trial, Lancet, 381:1627-1633.

Cairns, R., Maddock, C., Buchanan, A., David, A. S., Hayward, P., Richardson, G., and Hotopf, M. (2005), Prevalence and Predictors of Mental Incapacity in Psychiatric In-Patients, British Journal of Psychiatry, 187:379-385.

Canvin, K., Rugkasa, J., Sinclair, J., and Burns, T. (2013), Leverage and Other Informal Pressures in Community Psychiatry in England, International Journal of Law and Psychiatry, 36:100-106.

Cascardi, M. and Poythress, N. (1997), Correlates of Perceived Coercion during Psychiatric Hospital Admission, International Journal of Law and Psychiatry, 20:445-458.

Cascardi, M., Poythress, N. G., and Hall, A. (2000), Procedural Justice in the Context of Civil Commitment: An Analogue Study, Behavioral Sciences and the Law, 18:731-740.

Cratsley, K. (2015), Nudges and Coercion: Conceptual, Empirical, and Normative Considerations, Monash Bioethics Review, 33:210-218.

Day, J. C., Bentall, R. P., Roberts, C., Randall, F., Rogers, A., Cattell, D., and Power, C. (2005), Attitudes towards Antipsychotic Medication: The Impact of Clinical Variables and Relationships with Health Professionals, Archives of General Psychiatry, 62:717-724.

De Jong, M. H., Kamperman, A. M., Oorschot, M., Priebe, S., Bramer, W., Van De Sande, R., and Mulder, C. L. (2016), Intervention to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions: A Systematic Review and Meta-Analysis, JAMA Psychiatry, 73:657-664.de Stefano, A. and Ducci, G. (2008), Involuntary Admission and Compulsory Treatment in Europe: An Overview, International Journal of Mental Health, 37:10-21.

Dunn, M., Maughan, D., Hope, T., Canvin, K., Rugkasa, J., Sinclair, J., and Burns, T. (2012), Threats and Offers in Community Mental Healthcare, Journal of Medical Ethics, 38:204-209.

Faden, R. R. and Beauchamp, T. L. (1986), A History and Theory of Informed Consent, Oxford: Oxford University Press.

Feinberg, J. (1986), Harm to Self, New York: Oxford University Press.

Fiorillo, A., De Rosa, C., Del Vecchio, V., Jurjanz, L., Schnall, K., Onchev, G., and Kallert, T. (2011), How to Improve Clinical Practice on Involuntary Hospital Admissions of Psychiatric Patients: Suggestions from the EUNOMIA Study, European Psychiatry, 26:201-207.

Fiorillo, A., Giacco, D., De Rosa, C., Kallert, T., Katsakou, C., Onchev, G., and Priebe, S. (2012), Patient Characteristics and Symptoms Associated with Perceived Coercion during Hospital Treatment, Acta Psychiatrica Scandivica, 125:460-467.

Garakani, A., Shalenberg, E., Burstin, S. C., Brendel, R. W., and Appel, J. M. (2014), Voluntary Psychiatric Hospitalization and Patient-Driven Requests for Discharge: A Statutory Review and Analysis of Implications for the Capacity to Consent to Voluntary Hospitalization, Harvard Review of Psychiatry, 22:241-249.

Gardner, W., Hoge, S. K., Bennett, N. S., Roth, L., Lidz, C., Monahan, J., and Mulvey, E. (1993), Two Scales for Measuring Patients' Perceptions of Coercion during Mental Hospital Admission, Behavioral Sciences and the Law, 11:307-321.

Gergel, T. and Szmukler, G. (2016), The Ethics of Coercion in Community Mental Health Care. In Coercion in Community Mental Health Care: International Perspectives. A. Molodysnki, J. Rugkasa, and T. Burns, eds. Oxford: Oxford University Press.

Hawkins, J. S. and Emanuel, E. J. (2005), Clarifying Confusions about Coercion, The Hastings Center Report, 35:16-19.

Hoge, S. K., Lidz, C. W., Eisenberg, M., Gardner, W., Monahan, J., Mulvey, E., and Bennett, N. (1997), Perceptions of Coercion in the Admission of Voluntary and Involuntary Psychiatric Patients, International Journal of Law and Psychiatry, 20:167-181.

Hotzy, F. and Jaeger, M. (2016), Clinical Relevance of Informal Coercion in Psychiatric Treatment-A Systematic Review, Frontiers in Psychiatry, 7: 197.

Hoyer, G., Kjellin, L., Engberg, M., Kaltiala-Heino, R., Nilstun, T., Sigurjonsdottir, M., and Syse, A. (2002), Paternalism and Autonomy: A Presentation of a Nordic Study on the Use of Coercion in the Mental Health Care System, International Journal of Law and Psychiatry, 25:93-108.

Husum, T. L., Bjorngaard, J. H., Finset, A., and Ruud, T. (2010), A Cross-Sectional Prospective Study of Seclusion, Restraint and Involuntary Medication in Acute Psychiatric Wards: Patient, Staff and Ward Characteristics, BMC Health Services Research, 10:89.

Iversen, K. I., Hyer, G., Sexton, H., and Gronli, O. K. (2002), Perceived Coercion among Patients Admitted to Acute Wards in Norway, Nordic Journal of Psychiatry, 56:433-439.

Jaeger, M., Ketteler, D., Rabenschlag, F., and Theodoridou, A. (2014), Informal Coercion in Acute Inpatient Setting-Knowledge and Attitudes Held by Mental Health Professionals, Psychiatry Research, 220:1007-1011.

Kahneman, D. (2011), Thinking Fast, Thinking Slow, New York: Penguin.

Kalisova, L., Raboch, J., Nawka, A., Sampogna, G., Cihal, L., Kallert, T. W., and Fiorillo, A. (2014), Do Patient and Ward-Related Characteristics Influence the Use of Coercive Measures? Results from the EUNOMIA International Study, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49:1619-1629.

Kallert, T. W., Glockner, M., Onchev, G., Raboch, J., Karastergiou, A., Solomon, Z., and

Kjellin, L. (2005), The EUNOMIA Project on Coercion in Psychiatry: Study Design and Preliminary Data, World Psychiatry, 4:168-172.

Kallert, T. W., Mezzich, J. E., and Monahan, J. (2011a), Coercive Treatment in Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Aspects, West Sussex: Wiley.

Kallert, T. W., Katsakou, C., Adamowski, T., Dembinskas, A., Fiorillo, A., Kjellin, L., and Priebe, S. (2011b), Coerced Hospital Admission and Symptom Change-A Prospective Observational Multi-Centre Study, PLoS One, 6:e28191.

Katsakou, C. and Priebe, S. (2006), Outcomes of Involuntary Hospital Admission-A Review, Acta Psychiatrica Scandinavica, 114:232-241.

Katsakou, C., Bower, L., Amos, T., Morriss, R., Rose, D., Wykes, T., and Priebe, S. (2010), Coercion and Treatment Satisfaction among Involuntary Patients, Psychiatric Services, 61:286-292.

Katsakou, C., Marougka, S., Garabette, J., Rost, F., Yeeles, K., and Priebe, S. (2011), Why Do Some Voluntary Patients Feel Coerced into Hospitalization? A Mixed Methods Study, Psychiatry Research, 187:275-282.

Keown, P., Weich, S., Bhui, K. S. and Scott, J. (2011), Association Between Provision of Mental Illness Beds and Rage of Involuntary Admissions in the NHS in England 1988-2008: Ecological Study, British Medical Journal, 343:d3736.

Kjellin, L., and Wallsten, T. (2010), Accumulated Coercion and Short-Term Outcome of Inpatient Psychiatric Care, BMC Psychiatry, 10:1-7.

Kjellin, L., Hoyer, G., Engberg, M., Kaltiala-Heino, R., and Sigurjonsdottir, M. (2006), Differences in Perceived Coercion at Admission to Psychiatric Hospitals in the Nordic Countries, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41:241-247.

Largent, E., Grady, C., Miller, F. G., and Wertheimer, A. (2013), Misconceptions about Coercion and Undue Influence: Reflections on the Views of IRB Members, Bioethics, 27:500-507.

Lidz, C. W., Mulvey, E. P., Hoge, S. K., Kirsch, B. L., Monahan, J., Bennett, N. S., and Roth, L. H. (1997), The Validity of Mental Patients' Accounts of Coercion in the Hospital Admission Process, Law and Human Behavior, 21:361-376.

Lidz, C. W., Mulvey, E. P., Hoge, S. K., Kirsch, B., Monahan, J., Bennett, N., and Roth, L. (2000), Sources of Coercive Behaviours in Psychiatric Admissions, Acta Psychiatrica Scandinavica, 101:73-79.

McKenna, B. G., Simpson, A. I. F., Coverdale, J. H., and Laidlaw, T. M. (2001), Analysis of Procedural Justice during Psychiatric Hospital Admission, International Journal of Law and Psychiatry, 24:573-581.

McLaughlin, P., Giacco, D., and Priebe, S. (2016), Use of Coercive Measures during Involuntary Psychiatric Admission and Treatment Outcomes: Data from a Perspective Study across 10 European Countries, PLoSONE, 11:e0168720.

McMillan, J. (2010), Coercive Offers and Research Participation: A Comment on Werthei-

mer and Miller, Journal of Medical Ethics, 36:383-384.

Molodynski, A., Turnpenny, L., Rugkasa, J., Burns, T., and Moussaoui, D. (2014), Coercion and Compulsion in Mental Healthcare-An International Perspective, Asian Journal of Psychiatry, 8:2-6. Molodynski, A., Rugkasa, J. and Burns, T., eds. (2016), Coercion in Community

Mental Health Care: International Perspectives, Oxford: Oxford University Press.

Newton-Howes, G. and Mullen, R. (2011), Coercion in Psychiatric Care: Systematic Review of Correlates and Themes, Psychiatric Services, 62:465-470.

Newton-Howes, G. and Stanley, J. (2012), Prevalence of Perceived Coercion among Psychiatric Patients: Literature Review and Meta-Regression Modelling, The Psychiatrist, 36:335-340.

Nozick, R. (1969), Coercion, pp. 440-472. In Philosophy, Science, and Method: Essays in Honor of Ernest Nagel. S. Morgenbesser, P. Suppes, and M. White, eds. New York: St. Martin's Press.

Nuffield Council on Bioethics (2007), Public Health: Ethical Issues, London: Nuffield Council on Bioethics.

O'Donoghue, B., Roche, E., Shannon, S., Lyne, J., Madigan, K., and Feeney, L. (2014), Perceived Coercion in Voluntary Hospital Admission, Psychiatry Research, 215:120-126.

Poulsen, H. D. and Engberg, M. (2001), Validation of Patients' Statements on Coercive Measures, Acta Psychiatrica Scandinavica, 103: 60-65.

Priebe, S., Katsakou, C., Amos, T., Leese, M., Morriss, R., Rose, D., and Yeeles, K. (2009), Patients' Views and Readmissions 1 Year after Involuntary Hospitalization, British Journal of Psychiatry, 194:49-54.

Priebe, S., Katsakou, C., Glockner, M., Dembinskas, A., Fiorillo, A., Karastergiou, A., and Kallert, T. (2010a), Patients' Views of Involuntary Hospital Admission after 1 and 3 Months: Prospective Study in 11 European Countries, British Journal of Psychiatry, 196:179-185.

Priebe, S., Sinclair, J., Burton, A., Marougka, S., Larsen, J., Firn, M., and Ashcroft, R. (2010b), Acceptability of Offering Financial Incentives to Achieve Medication Adherence in Patients with Severe Mental Illness: A Focus Group Study, Journal of Medical Ethics, 36:463-468.

Quigley, M. (2014), Are Health Nudges Coercive? Monash Bioethics Review, 32:141- 158.

Raboch, J., Kalisova, L., Nawka, A., Kitzlerova, E., Onchev, G., Karastergiou, A., Magliano, L., Dembinskas, A., Kiejna, A., Torres-Gonzales, F., Kjellin, L., Priebe, S., and Kallert, T. W. (2010), Use of Coercive Measures during Involuntary Hospitalization: Findings from Ten European Countries, Psychiatric Services, 61:1012-1017.Radden, J. (2015), Unique Ethical Challenges for Psychiatric Practice. In Oxford Handbook of Psychiatric Ethics. J. Sadler, W. Van Staden, and K. W. M. Fulford, eds. Oxford: Oxford University Press.

Rogers, A. (1993), Coercion and "Voluntary" Admission: An Examination of Psychiatric Patient Views, Behavioral Sciences and the Law, 11:259-267.

Singh, S. P., Burns, T., Tyrer, P., Islam, Z., Parsons, H., and Crawford, M. J. (2014), Ethnicity as a Predictor of Detention under the Mental Health Act, Psychological Medicine, 44:997-1004.

Sjostrom, S. (2016), Coercion Contexts-How Compliance Is Achieved in Interaction. In Coercion in Community Mental Health Care: International Perspectives. A. Molodynski, J. Rugkasa, and T. Burns, eds. Oxford: Oxford University Press.

Swartz, M. S., Swanson, J. W., and Hannon, M. J. (2003), Does Fear of Coercion Keep People Away from Mental Health Treatment? Evidence from a Survey of Persons with Schizophrenia and Mental Health Professionals, Behavioral Sciences & Law, 21:459-472.

Szmukler, G. (2015), Compulsion and "Coercion" in Mental Health Care, World Psychiatry, 14:259-261.

Szmukler, G. and Appelbaum, P. S. (2008), Treatment Pressures, Leverage, Coercion, and Compulsion in Mental Health Care, Journal of Mental Health, 17:233-244.

Theodoridou, A., Schlatter, F., Ajdacic, V., Rossler, W., and Jager, M. (2012), Therapeutic Relationship in the Context of Perceived Coercion in a Psychiatric Population, Psychiatry Research, 200:939-944.

Valenti, E., Giacco, D., Katsakou, C., and Priebe, S. (2014), Which Values Are Important for Patients during Involuntary Treatment? A Qualitative Study with Psychiatric Patients, Journal of Medical Ethics, 40:832-836.

Wertheimer, A. (1987), Coercion, Princeton, NJ: Princeton University Press.

Wertheimer, A. (1993), A Philosophical Examination of Coercion for Mental Health Issues, Behavioral Sciences and the Law, 11:239-258.

Wertheimer, A. and Miller, F. (2008), Payment for Research Participation: A Coercive Offer? Journal of Medical Ethics, 34:389-392.

Wykes, T., Csipke, E., Williams, P., Koeser, L., Nash, S., Rose, D., and McCrone, P. (2017), Improving Patient Experiences of Mental Health Inpatient Care: A Randomized Controlled Trial, Psychological Medicine, 48:488-497.

الفصل الخامس عشر

الصوت، الإسكات، الاستماع الجيد: المرضى المتموقعين اجتماعياً، والبِنى الجائرة، والدعوة إلى تحويل الحقل الإبستمي

نانسي نيكويست بوتر

المقدّمة

في إحدى الليالي، زارت امرأة ملوّنة تبلغ من العمر ثلاثين عاماً، سأسميها "إلينور"، طوارئ الطب النفسي، حيث سبق وأن شوهدت عدة مرات من قبل هناك. حددت الإضبارة المريض على أنه ذكر؛ على أية حال، طلبت أن يُشار إليها بالضمير المؤنث، لأنها متحولة جنسياً. أبلغت عن الشعور بالاكتئاب والقلق، وقدِمت إلى طوارئ الطب النفسي مع أفكار انتحارية. أعربت هذه المريضة مراراً وتكراراً عن خشيتها على سلامتها في الملاجئ، في حين استمرّ المقيم والحضور بالإشارة إلى المريض بالضمير المذكّر على الرغم من أنها طلبت أن تتم معاملتها كأنثى. اعتقدَ فريق الرعاية الصحية أنّ المريض يعتقد أن الاستشفاء داخل المستشفى هو وسيلة لتجنب قضاء ليلة أخرى في الملجأ؛ وقيّموها أنها لا تشكّل خطراً على نفسها ولا تحتاج إلى التدخّل الخاص بالأزمات. لذلك، تمّ صرفها.

يتناول هذا الفصل الطُرق التي يختبر فيها الأشخاص المصابون بكَرْب ذهني أنفسهم بأنهم تمّ إسكاتهم أو غير مسموعين. ليست هذه مقالة مناهضة- للطب النفسي؛ فأنا أعتقد أنّ الاعتلالات الذهنية لها وجود وأنّ الأطباء السريريين غالباً ما يقومون بعمل جيد ومهم في العمل مع المرضى. ومع ذلك،

سأجادل بأنّ هنالك حاجة ملحّة لتحويل الحقل الإبستمي والأخلاقي بين الأطباء ومرضاهم\مستخدمي الخدمة. هذا التحوّل علائقي ويشمل كلا أو جميع الأطراف في المواجهة السريرية، على الرغم من أنّ أولئك الذين يتمتعون بسلطة أكثر مهنية وارتباطية يتحملون المسؤولية الأكبر لجعل مثل هذه التغييرات ممكنة[1].

ولفهم هذه الحجة، أعتقد أنّ فهم القيم الديمقراطية وآليات الاضطهاد سيكون مفيداً. لذلك، تُقدِّم الأقسام التالية جغرافيا أكثر عمومية - جغرافيا السياسة والاقتصاد - للمشهد المعين الذي يتطلب تنقّلاً سريرياً. ويشرح قسم "تعريف الاضطهاد والعنف البنيوي" كيف تؤثر الاتجاهات الاجتماعية تجاه الليبرالية الجديدة على الرعاية الصحية، وعلى رعاية الصحة العقلية بشكل خاص؛ ويحلل قسم "الاعتلال الذهني وآليات الاضطهاد" عدة مفاهيم من الفلسفة السياسية والأخلاقية لتفسير كيف أنّ توزيع السلع والموارد يؤثر على أعضاء المجموعات المختلفة بطرق غير متكافئة، أما القسمان التاليان فيطبّقان تلك المفاهيم على الطب النفسي. وينتهي القسم الختامي بتقديم بعض التعليقات العامة حول الطب النفسي بالنظر إلى الأقسام السابقة.

كفى استعارات! نحو ديمقراطية حقيقية

من المفترض أنّ المشهد السياسي المثالي يمكّننا من العيش بشكل جيد. وبالتالي فإنّ المنظِّرين السياسيين يسوّدون الصفحات (وحتى، الفضاء الالكتروني) لتطوير قيم وسياسات وبِنى من شأنها أن توفِّر الأساس لمجتمع عادل وديمقراطي بشكل مثالي نزدهر فيه. يقال إنّ القيمتين المهيمنتين للديمقراطية الحرية والمساواة لن تفاجئا الباحثين في القرن العشرين والحادي والعشرين ممن لديهم مفاهيم راولزية [نسبة إلى جون راولز] عن العدالة. على أية

(1) حول كون المسؤولية أكبر على عاتق من هم أقوياء ومتميزين نسبياً، انظر Lugones & Spelman (1983) & Potter (2002).

حال، يبدو أن الحرية تتطلب منا أن نمنح الأشخاص أقصى قدر من الحرية في اتخاذ-القرارات فيما يتعلق بأموالهم الخاصة، في حين تدعو المساواة إلى سد الفجوات الاقتصادية بين مختلف الفئات الاجتماعية. من المعترف به على نطاق واسع أنّ هاتين القيمتين في حالة شد وجذب إلى درجة أنه، على الرغم من وجود وفرة من الكتابات حول السياسة والاقتصاد تتعامل مع هذا الامر، إلا أنّ الإجابة الأكثر إرضاءً، في نظري، هي في فهم القيم الديمقراطية على أنها قابلة للنزاع (Mouffe 1996). فبشكل خاص، أعتقد أنه من الخطورة بمكان أن تؤيد أي ممارسة أو نظرية سياسية تضم نظاماً ما وتُحافظ عليه. فالديمقراطية الليبرالية، بشكل خاص، حصلت على جزء من ثباتها من الفردانية المضرّة والمضلِّلة. أعني بذلك أنّ التزام العالم الغربي الدائم برؤية أنفسنا كأفراد مستقلين الذين سيزدهرون في بيئة من عدم التدخّل (خدمة لُمثل الحرية) يغفل عن الهدف الأخلاقي للمسؤوليات تجاه الآخرين الضعفاء، وعن المتطلبات الأخلاقية لرعاية السكان المعوزين والمهاجرين، وعن عملية التواصل الشاملة والتعددية (خدمة لمُثل المساواة). ومع ذلك، فإنّ الكلمتين "الشاملة" و"التعددية" عديمتا القوة إذا لم يكن بالإمكان تحقيقهما في إطار العلاقات الاجتماعية السياسية وبين-الشخصية. إنّ ما يُشكِّل الديمقراطية (إذا جاز التعبير) يعتمد على السياق والنية. كما تقول وندي براون:

> إنّ "الديمقراطية" هي من بين المصطلحات الأكثر نزاعاً وانحلالاً في مفرداتنا السياسية الحديثة. ففي المتخيَّل الشعبي، تعني كلمة "الديمقراطية" كل شيء من الانتخابات الحرة إلى الأسواق الحرة، ومن الاحتجاجات ضد الطغاة إلى القانون والنظام، ومن مركزية الحقوق إلى استقرار الدول، ومن صوت الجماهير المتجمّعة إلى حماية الفردانية، وخطأ الإملاء الذي تفرضه الحشود... تأتي الديمقراطية في العديد من الأنواع - الاجتماعية، الليبرالية، الراديكالية، الجمهورية، التمثيلية، السلطوية، الصريحة، التشاركية، التداولية، الاستفتائية - وغالبا ما تتحدث هذه الدعاوى عن موضوعات مختلفة. (Brown 2015: 19)

بدلاً من مناقشة التحولات التاريخية في فهم الديمقراطية، أرغب في تحديد الاتجاه الذي تحوّلت إليه: ألا وهو ما يُسمى، في بعض الدوائر، بـ **الليبرالية الجديدة**. إنّ الليبرالية الجديدة هي مذهب له عواقب براغماتية خطيرة: فهي ترى أنّ الأسواق الخاصة أكثر فعالية من حيث التكلفة وأكثر ملائمة للمستهلكين من الأسواق الوطنية والعامة. إنه من المقلق على نحو خطير أن تتم معاملة الرعاية الصحية كسلعة خاصة للبيع بدلاً من سلعة عامة يُدفع لها بدولارات الضرائب (McGregor 2011). السبب في كون فهم هذا الأمر مهماً للغاية هو أنّ له تأثيرات كبيرة ليس فقط على الوصول إلى المعتلين ذهنياً ورعايتهم، بل كذلك على كيفية تصوّر الناس المصابين بالاعتلالات الذهنية. (سأستفصل في هذا الأمر بعد قليل.) إنّ هذا الشكل من التفكير واسع الانتشار اليوم في الحكومات، ومكان العمل، وفلسفة التشريع، والتعليم، والثقافة، ونطاق واسع من الحياة اليومية الذي يتضمّن "تحويل الطابع السياسي الواضح للعناصر المكوّنة للديمقراطية، ومعناها، وسريانها إلى مقابلاتها الاقتصادية" (Brown 2015: 17). منذ الحادي عشر من سبتمبر، أصبحت الرأسمالية مرتبطة بشكل متزايد بمفهوم الحرية، لكن هذه الحرية تنحصر في التحرر من كل القيود، وبـ "النظام الاقتصادي الذي أطلق لنفسه العنان - أي لم يعد مضطراً للعمل على إبقائنا زبائن، بل يمكن أن يكون معادياً للمجتمع، ومعادياً للديمقراطية وفجّاً كيفما يشاء" (Klein 2007: 319). وهكذا تصف نعومي كلاين الليبرالية الجديدة بأنها "الالتزام بسياسة الثالوث - القضاء على القطّاع العام، منح الحرية التامة للشركات، الحدّ من الإنفاق الاجتماعي" (Klein 2007: 17). يشبّه رودولف والش الجرائم المرتكبة ضد الإنسانية خلال الديكتاتورية الأرجنتينية[2]

(2) بين عاميّ 1976 و1983، تعرّض عشرات الآلاف من الأشخاص في الأرجنتين إلى الاختطاف والتعذيب والقتل. واحتُجِز بعضهم في زنازين، في حين تم تخدير البعض الآخر وإلقاءهم من الطائرات إلى المحيط. لم يتم العثور على رفات العديد من الضحايا.

بالتمظهر المحلي لليبرالية الجديدة باعتبارها "بؤساً مخططا له"، حيث:

> في السياسة الاقتصادية لهذه الحكومة، لا يكتشف المرء تفسير الجرائم فحسب، بل الوحشية الكبرى المتمثلة في معاقبة ملايين البشر من خلال بؤس مخطط له... فكل ما عليك فعله هو أن تتجول في بونيس آيرس الكبرى لبضع ساعات لتتحقق من سرعة تحويل هذه السياسة المدينة إلى 'مدينة أكواخ' تضم عشرة ملايين شخص. (مذكورة في Klein 2007: 117)

في الواقع، قد يصف "البؤس المخطط" المحاولات الحالية في الولايات المتحدة لإلغاء أوباما كير، مما يترك ملايين الأمريكيين من دون تأمين صحي. تقترح كلاين أنّ الاسم الأفضل لهذا النظام ليس الليبرالي، أو المحافظ، أو الرأسمالي، بل النقابوي.

تؤيد براون، مثل موفي، الفهم المفتوح والقابل للنزاع للديمقراطية، لكن مع ذلك، تُصرّ براون على قيمتها في التدليل على الحكم-الذاتي للناس (تاركةً الأمر مفتوحاً بشأن من هم الـ "نحن" لكن مع توقّع أنها تضم بشكل شامل وتعددي). الفكرة هي أنه من المهم المحافظة على معارضة الاستبداد، والفاشية، والتوليتارية، والنقابوية، فضلاً عن الموقف المفاهيمي والسياسي ضد تحويل حكم الشعب إلى حاكمية التفكير الليبرالي الجديد (Brown 2015: 20). وبالإشارة إلى خطاب الرئيس أوباما عن الاتحاد في عام 2013، تقول براون إنّ ما يعكسه تصريحه بشكل واضح هو أنّ "جدول أولويات وأهدف الدولة أصبح غير قابل للتمييز عن ذلك الخاص بالشركات الحديثة، لا سيما وأنّ الأخيرة تبنّت بشكل متزايد الاهتمام بالعدالة والاستدامة" (Brown 2015: 27). إنّ هذا الاندماج للدولة مع الشركات أو المؤسسات أثار أسئلة عن مصير "الحُكم بواسطة الشعب ولأجلهم عندما يُهيئ العقل الليبرالي الجديد كل من الروح والمدينة باعتبارهما شركات معاصرة، بدلاً من كيانات سياسية" (Brown 2015: 27).

ومتابعةً لبراون وكلاين، أُشير إلى المخاوف الأخلاقية المترتّبة على تصاعد

تأكيد الليبرالية الجديدة على الأسواق الحرة (لكن الخاصة) باعتبارها منحة الحياة الجديدة. إنّ المسألتين الأخلاقيتين-السياسيتين اللتين تثيران قلقاً خاصاً هما احتمالية تكثيف اللامساواة، وتسويق السلع التي لا يجب تحويلها إلى مواد، مثل الرعاية الصحية. سيتضح أنّ تأثيرات الليبرالية الجديدة لها صلة مباشرة بالعلاقات بين المريض والطبيب.

تعريف الاضطهاد والعنف البنيوي

كما يُشير القسم السابق، إنّ مُثُل المساواة، الحرية، الشمولية [inclusivity]، التعددية التي لا يتم تأييدها إلا في الديمقراطية النظرية تتعرّض للتهديد. كما أنها بعيدة عن متناول الناس الحقيقيين وعن ملامسة حيواتهم المثقلة بالكفاح، والتمييز، والكره، والخطر. تجادل ليزا تيسمان بأنّ العالم الحقيقي هو عالم يعيش فيه كثير من الناس (إن لم يكن معظمهم) في ظروف معاكسة، بما في ذلك الظروف الأكثر بؤساً الموجودة تحت بعض أشكال الاضطهاد" (Tessman 2009: 48). إنّ النظريات المثالية - أي النظريات التي تؤيد معيار المجتمع العادل أو الأخلاقي بشكل تام - غالباً ما تعمل كأيديولوجيات التي رُغم دعوى إمكانية تطبيقها من قبل الجميع إلا أنها بعيدة المنال ولا يمكن الوصول إليها بالنسبة للكثير من الناس، إن لم يكن معظمهم. وبالمثل، يجادل شاين أونيل بأنّ "الآمال المجتمعية التي يجب منحها الأولوية هي تلك الخاصة بالأشخاص الذين يعانون من الآثار الوحشية لأسوأ المظالم البنيوية" (O'Neill, 2010: 130). حيث يقترح أنه، بدلاً من السعي إلى تطوير دولة عادلة بالكامل وتطبيقها، يجب أن نُعطي "صوتاً مؤثراً للأشخاص الذين يشعرون بالإهانة والضعف بسبب الاضطهاد الذي يقاسوه أو الفقر المدقع المفروض عليهم" (O'Neill, 2010: 130).

بعد حَثّ تيسمان على أنّ التفكير في كيفية الكون أخلاقياً يتطلب أن نأخذ بعين الاعتبار الأشخاص الحقيقيين في حياتنا الفعلية وليس النسخة المثالية أو

العامة بالعادة لما يعنيه الكون فاعلاً أخلاقياً، سأشرح آلية **الاضطهاد**. بداية، أُوظِّف مفهوم العنف البنيوي. يُشير العنف البنيوي إلى الترتيبات الاجتماعية التي تضع أعضاء مجموعات معينة في مرمى الضرر. تُعدّ "الترتيبات بنيويةً لأنها مضمَّنة في التنظيم السياسي والاقتصادي لعالمنا الاجتماعي؛ وتُعدّ عنيفةً لأنها تسبب الأذى للناس (عادةً، ليس أولئك المسؤولون عن إدامة هذه اللامساواة)" (Farmer et al. 2006). تمّ العثور على أحد أنواع العنف البنيوي في توزيع الموارد وإتاحتها في الرعاية الصحية، حيث إنّ الفقراء والأقليات واللاجئين والعاملين الذين ليس لديهم وثائق وغيرهم من الفئات المهمّشة، كثيراً ما يحصلون على رعاية صحية ضئيلة أو معدومة لأنهم لا يمكنهم تحمّل تكلفتها، وفي المجتمع الليبرالي الجديد، لا يتم توفيرها كسلعة عامة. من المهم بشكل خاص فهم آثار العنف البنيوي لأنه يرتبط بالليبرالية الجديدة بثلاث طرق: الأولى، لا يمكن للأشخاص الذين يعانون من اعتلالات ذهنية تحمّل تكلفة الرعاية والأدوية التي يحتاجونها؛ الثانية، يتم تشجيع الأطباء النفسيين على علاج المرضى بأحدث الأدوية (وغالباً ما تكون أغلى)؛ وتقيّد الكلّيات مقدار الزمن الذي يمكن أن يقضيه الأطباء النفسيون مع مرضاهم. وهكذا، فإنّ الأشخاص الذين يعانون مسبقاً من وصمة أو تهميش -معتلين ذهنياً -يتلقّون رعاية أقل. إنّ النظر إلى هذه المشكلة عبر مفهوم الاضطهاد سيُزيد من توضيح القضايا التي على المحك.

الاضطهاد هو نوع معين من الضرر يكون متداخلاً مع العنف البنيوي. يتم إيقاعه على أعضاء المجموعات لأنهم أعضاء في تلك المجموعات، أو يتم تصورهم على أنهم كذلك. إنّ أضرار الاضطهاد تكون شاملة: فهي لا تؤثر على القوة وحرية الحركة فحسب بل كذلك على سلامة الناس، وصحتهم وإحساسهم بالذات، وخبراتهم العلائقية، وفرصهم المادية، وتصرّفاتهم الجسدية، وعلاقاتهم مع المجموعات الأخرى. قد تنتقل أضرار الاضطهاد عبر الأجيال، من خلال ما يسمى بالصدمة عبر الأجيال (Potter 2015). فعلى سبيل المثال، الصدمة التي اختبرها الأفارقة جرّاء تعرضهم إلى الاختطاف والبيع في مزادات

للسادة البيض الذين يضربونهم في كثير من الأحيان ويعاملونهم مثل الحيوانات ويغتصبون نساءهم، يتم تمريرها من خلال القلق، الحزن، الغضب المكبوت، الخوف من المعاقبة أو الموت الذي كان وما زال حياً بسبب العنصرية المستمرة. هذه هي الأضرار التي ينبغي أخذها على محمل الجد.

إنّ تعريف الاضطهاد ومفهومه الذي سأستخدمه يعود إلى آن كود. حيث تنصّ، "الاضطهاد هو ذلك الضرر الذي يتم من خلاله تقييد مجموعات من الأشخاص بصورة منهجية وظالمة، أو إثقال كاهلهم، أو تقليصهم بواسطة عدد من القوى. إنّ الاضطهاد هو مفهوم معياري يعكس الظلم المجتمعي. وبالتالي فهو خاطئ دائماً" (Cudd 2006: 23). ومن خلال تحديد الاضطهاد كظلم مجتمعي، تصوغه كود كآلية تعمل على مجموعات مجتمعية وبواسطة مجموعات مجتمعية من خلال المؤسسات، والممارسات، والقوانين، والمعايير. هذا يعني أنّ الاضطهاد يتم بناؤه مجتمعياً؛ فهو يُشكِّل مصفوفة معقدة من السقالات يتم من خلالها تحديد، وتقييد، وضبط، وتشكيل المجموعات المجتمعية. "لكل مجموعة مجتمعية مضطهدة، هنالك مجموعات مجتمعية مُضايِفة [ملازِمة] يستفيد أعضاؤها، مادياً أو نفسياً، من الاضطهاد" (Cudd 2006: 25).

لكن حتى هذا الإطار المفاهيمي يُسقِط التجارب المعقدة لحيوات الكثير من الناس. فقد أوضحت النسويات السود أنّ الفهم التام للاضطهاد يتطلب الاعتراف بأنّ العرق، والطبقة والجندر متقاطعون، وبالتالي، فإنّ الاضطهادات متداخلة؛ ليست هناك صيغة بسيطة لتحديد الظالمين والمظلومين. عندما نتجاهل هذا، فإنّ تجارب النساء السود والنساء الأخريات الملوّنات يتم تشويهها. وكطريقة بالنسبة لنا للحديث عن خبرات الناس الفينومينولوجية حول التهميش والمحو، قدّمت كيمبريلي كرينشو استعارة التقاطعية [intersectionality] (Crenshaw 1991). إنّ التقاطعية ليست مرادفة للاضطهاد؛ بل هي استعارة، وفي بعض الأحيان منهجية بحثية، لفهم وكشف الاضطهاد المتعدد الأوجه.

> تأمل في مضاهاة حركة المرور في التقاطع. الذهاب والإياب في جميع الاتجاهات الأربعة. فالتمييز هو مثل حركة المرور عبر التقاطع، قد يسري في اتجاه واحد، وقد يسري في اتجاه آخر. وإذا وقعت حادثة في التقاطع، فقد تكون بسبب السيارات المتجوّلة من عدد من الاتجاهات، وأحياناً من جميع الاتجاهات. وبالمثل، إذا ما تعرّضت امرأة سوداء إلى أذى لأنها في التقاطع، فإنّ إصابتها قد تنجم عن التمييز الجنسي أو التمييز العرقي. (Crenshaw 1989: 149)

تعلّق كرينشو بأنه ليس من السهل التخلّص من علامات الانزلاق لتحديد تفسير للحادثة؛ وبالمثل، ليس من السهل - أو حتى من الممكن أو المحبّذ - فهم الاضطهادات المتداخلة من خلال السعي إلى فصل جزء "الجندر" عن جزء "العرق": إنّ العيش في حيوات تقاطعية هو [عَيش] بنيوي، وسياسي، وتمثيلي (Carastathis 2014).

> إنّ الاضطهاد والامتياز بسبب العرق أو الإثنية، أو الجندر، أو الميل الجنسي، أو الطبقة، أو الجنسية، وما إلى ذلك، لا يعملان بشكل مستقل عن بعضهما البعض في حيواتنا الفردية أو في بنياتنا الاجتماعية؛ بدلاً من ذلك، يتشكّل كل نوع من الاضطهاد أو الامتياز بواسطة الآخرين ويعمل من خلالهم. تساعد هذه الأنظمة المركّبة والمتشابكة من الاضطهاد والامتياز في بنياتنا الاجتماعية على إنتاج (a) علاقاتنا الاجتماعية؛ (b) خبراتنا عن هويتنا الخاصة؛ و(c) قيود على المصالح المشتركة حتى بين أعضاء "نفس" المجموعة المضطهدة أو التي تحظى بامتياز. (Gary 2012)

على الرغم من أنّ أصول المفهوم متجذّرة في فكر النسويات السود، إلا أنّ التقاطعية تذكّرنا أيضاً بأنّ الظروف الاضطهادية الأخرى تميل إلى أن تكون مهملة، كتلك الخاصة بمثليي الجندر، كما في حالة إلينور في المثال السابق، أو أولئك الذين لديهم إعاقات. قد لا يكون واضحاً مدى ارتباط فهم الاضطهاد بحيوات الأفراد الذين يعانون من اعتلالات ذهنية، لذا دعوني أُوضّح الأمر

أكثر. كما يقول جيمس تشارلتون، "إنّ الاضطهاد الحي الذي يعاني منه الأفراد ذوو الإعاقة وما زالوا يتعرضون له هو مأساة لحقوق الإنسان لها أبعاد ملحمية" (Charlton 2000: ix). وهذا مثال قوي على الاضطهاد في العمل. تشير أمارتيا سين إلى أنّ شخصاً من بين كل 10 أشخاص يعيشون مع إعاقات ذهنية وجسدية وأنهم من بين أكثر البشر حرماناً وكذلك الأكثر إهمالاً (Sen 2009). إنّ هذا الاضطهاد متجذّر في الأبعاد المادية والسياسية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية للحياة اليومية ويؤدي إلى الفقر والعزلة والإذلال (Charlton 2000: ix).

تتمثل النقطة الأوسع في أنّ الوضع الأنطولوجي للحيوانات البشرية ليس ذلك الخاص بكيانات طبيعية "نقية": فنحن جميعنا ولدنا ضمن، وبالتالي نخضع إلى، تقاسمات للقوى والعيوب التي تُشكِل السقالات التي نُدرِك ونُدرَك من خلالها وخارجها نحن نكدح في مادّية العالم لنشكّلها بما يزيد أو ينقص عن توقعاتنا. نحن لسنا "مجرّد" إنسان فردي، أو "ذات" عامة، أو حتى جنساً معيناً. نحن نتحرّك بين أناس تكون تجاربهم المعاشة محفوفة بالاضطهادات البنيوية؛ ونحن هؤلاء الناس. يبدو من الواضح أيضاً، أنّ بعض أولئك الذين نتحرك معهم، أو نبتعد عنهم، يُشكّلوننا بطرق لا نقبلها أو تُعدّ معادية لنا. تصوغ ماريا لوغونيس الخبرة الفينومينولوجية والأنطولوجية "للذات" من خلال "العوالم" والتنقّل في "العالم":

> لكي يكون الشيء "عالماً"، برأيي، يجب أن يسكنه في الحاضر أشخاص من لحم ودم. وهذا هو السبب في أنه لا يمكن أن يكون خيالاً. ويمكن أن يسكنه أيضاً بعض الأناس التخيّلين. وقد يسكنه أشخاص ماتوا أو أشخاص التقى بهم مَن يسكنون في هذا "العالم" في "عالم" آخر والآن أصبحوا في هذا "العالم" في الخيال. قد يكون "العالم"، في رأيي، مجتمعاً حقيقياً بالنظر إلى بناء الحياة ووصف الثقافة السائدة خاصته، بما في ذلك بناء علاقات الإنتاج، الجندر، العرق، إلخ.... ولكنّ "العالم" يمكن أن يكون أيضاً مجتمعاً بالنظر إلى البناء غير السائد، أو

يمكن أن يكون مجتمعاً بالنظر إلى البناء المتفرّد. كما سنرى، من الصعب قول إنّ هذه جميعها بناءات لنفس المجتمع. لكنها "عوالم" مختلفة (Lugones 1987: 9-10).

تكتب لوغونز أنها تُدرك أنه، في بعض العوالم، يبدو أنّ لديها سمة (بالنسبة لها، المرح) لا تمتلكها في العوالم الأخرى، العوالم التي قد تكون معادية لها. وفي بعض العوالم، تستحوذ عليها بطريقة لا تُدركها. ويمكن أن يتم بناؤها على أنها لاتينية نمطية، أو لاتينية؛ إنها بناءات مختلفة ومتزامنة لأشخاص هم جزء من "عوالم" مختلفة (Lugones 1987: 11). إنّ خبرة "التحوّل" من "عالم" واحد إلى آخر تُطلق عليها "الانتقال". سأعود إلى هذه النقطة في نهاية الفصل، لكن في الوقت الحالي، يكفي فهم أنّ الأشخاص الذين يقومون بهذا الانتقال يختبرون أنفسهم على أنهم مختلفون في عوالم مختلفة.

يتجلّى وجود "عوالم" الاضطهاد وتقاطعاته في تقاسم المادية، والسياسة، والقانون، والاجتماعية، والتعليم، والسلامة. لكنها تُختَبر أيضاً داخل الجسد، من خلال الاضطهاد الداخلي: عندما نأخذ تمثيلات وصور مضطَهِدنا ونستخدمها ضد أنفسنا. كما تشرح كود، "يحدث الاضطهاد النفسي عندما يُضطهد المرء عبر حالاته الذهنية، انفعالياً، أو عبر التلاعب بحالات اعتقاده، بحيث يتعرض لضغط نفسي، أو يُختَزل في صورة-الذات خاصته، أو يتأذى نفسياً من ناحية أخرى" (Cudd 2006). وبذلك يعيّن الاضطهاد ظرفاً تُستوفى فيه أربعة شروط:

1 - **شرط الضرر**: هنالك ضرر ينجم عن الممارسة المؤسسية.
2 - **شرط المجموعة المجتمعية**: يقع الضرر عبر مؤسسة أو ممارسة اجتماعية على مجموعة اجتماعية ما توجد هويتها بصرف النظر عن الضرر الاضطهادي في (1).
3 - **شرط الامتياز**: هنالك مجموعة اجتماعية أخرى تستفيد من الممارسة المؤسسية في (1).

4 - **شرط الإكراه**: هنالك قوة أو إكراه غير مسوّغ يسبب الأذى (Cudd 2006: 25).

لتلخيص ما سبق: إنّ القيم الديمقراطية هي في حالة شد وجذب مع كل من صعود الليبرالية الجديدة، التي تُسوّق الحرية تحت ستار النقابوية بشكل متزايد، ومع الظلم واللامساواة المتزايدين اللذين يطوّقان، بدلاً من أن يحرران، فاعلية الأشخاص المضطَهَدين واستقلالهم الذاتي. في القسم التالي، أنتقل إلى آليتين من آليات الاضطهاد: القولبة النمطية والاعتداءات الدقيقة. تضع هذه المفاهيم أساسات إضافية لفهم كيف تتأثر حيوات الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات ذهنية بالظروف المجتمعية، وعلى وجه الخصوص، كيف يمكن لهذه الآليات أن تتسرب إلى العلاقات بين المريض والطبيب.

الاعتلال الذهني وآليات الاضطهاد

عادة ما لا يكون الأطباء السريريون مدربين على فهم البِنى الاجتماعية التي تُشكِّل حيوات الناس - بما في ذلك خاصتهم - وعلاوة على ذلك، غير مدربين بطرق من شأنها أن تجعل التعامل مع المشاكل المنهجية ممكناً بالنسبة لهم. هنالك أسباب كثيرة لذلك، تتضمّن البِنى المؤسساتية للطب والالتزامات الإبستمية في الطب النفسي وعلم النفس (cf. Potter 2016)، لكنني سأركّز على سببين ومن ثم أشرح كيف يرتبطان بالعمل السريري. الأول، القوالب النمطية: تلعب القوالب النمطية دوراً حاسماً في طريقة تفكير الأفراد تجاه الآخرين، وشعورهم بهم، وقرارهم في التصرّف تجاههم (Cudd 2006: 68). تُعرّف آن كود هذه القوالب النمطية بأنها "تعميمات نصنعها عن الأشخاص بناءً على خصائص نعتقد أنهم يشتركون فيها مع بعض المجموعات القابلة للتحديد" (Cudd 2006: 69). وهكذا، فإنّ تشكيل القوالب النمطية هو نوع من التصنيف. يتضمن الفعل الإدراكي للقولبة النمطية سلسلة معقدة من الاستدلالات حول الخصائص التي يعتقد الأفراد أنها تحدد الأشخاص في مجموعة واحدة بقطع

النظر عن الأشخاص في المجموعات الأخرى؛ وفق هذا النحو، فإنها تشكّل أساس اعتقاداتنا عن المجموعات (Cudd 2006). معظمنا يفهم القوالب النمطية بالأساس من خلال دلالاتها السلبية. فالقالب النمطي السلبي هو تعميم خاطئ أو مضلّل ويكون متعنّتاً فيما يتعلق بالأدلة المخالفة. فهو اعتقاد خاطئ، ثابت، معمم. إنّ النمطيين هم "المقتصدون معرفياً"؛ والمعمّمون بشكل فعال، والمتسمون بصعوبة المراس وغالباً ما يكونوا مخطئين. بعبارة أخرى، إنّ القوالب النمطية لا تساعدنا على إصدار أحكام سريعة وفعالة فحسب؛ بل تعزلنا عن القلق والخوف من خلال جعل الشخص الآخر الخارجي "سيئاً" إزاء "الخير" الذي لدينا، وهي تنشأ عندما نُدرِك أنّ إحساسنا بتكامل-الذات مهدَّد (Gilman 1985: 15-35).

تعطينا الدراسات في علم النفس المعرفي سبباً للاعتقاد بأنّ القولبة النمطية هي ميزة لا مفرّ منها في الإدراك. لكن، كما تشير كود، يقع الكثير من الظلم على الأفراد (والمجموعات) من خلال تطبيق واستنساخ القوالب النمطية في مواقفنا وتعاملنا مع بعضنا البعض. نحن نميل إلى تفضيل مَن هم مِن-الجماعة [in-groups] وغَبْن مَن هم خارج -الجماعة [out-groups] في القالب النمطي على الرغم من أنّ هذه الـ مِن- وخارج-الجماعة يتم إنشاؤها والالتزام بها في نفس الوقت. يشير الظلم الواقع عن طريق القولبة النمطية إلى أنّ نشاط القولبة النمطية غير أخلاقي (Cudd 2006: 69). فعلى سبيل المثال، تحدد باتريشيا هيل كولينز الصور الثابتة عن النساء السود باعتبارهن الخادمات المربيات [mammies]، الأمهات الحاكمات [matriarchs]، أمهات الرعاية [welfare mothers]، الأمهات المثيرات [hot mamas]. حيث تصف كولينز هذه التمثيلات بـ "الصور التحكّمية" مجادلِة بأنها تعمل على تطبيع العنصرية، التمييز الجنسي، الفقر وجعلها جزءاً حتمياً في الحياة اليومية (Collins 2000: 69). أو خذ بعين الاعتبار الصورة النمطية للمسلمين الأمريكيين، نمط من التمثيل يؤثر على كل من التفاعلات والهجرة. يُوصَف المسلمون الأمريكيون بأنهم إرهابيون مما قد يتعين عليهم التسجيل في قواعد بيانات الحكومة. على الرغم من أنّ "اللجوء إلى الإعلام لأجل الدقة

والإنصاف مستمر، إلا أنّ عناوين الصُحف تطبع بانتظام كلمات 'إسلام' و'مسلم' بجانب كلمات 'متعصّب'، 'أصولي'، 'مقاتل'، 'إرهابي'، 'عنف.' ويتم استعمال مصطلح 'جهاد' في البرامج التلفزيونية والأفلام بشكل بارز أيضاً" (ThePluralismProject.com). مع تولّي ترامب الرئاسة في عام 2017، تمّ التخطيط لسجل مشابه للسجلات المتعلقة بالأمريكيين اليابانيين أو المتعلقة باليهود في ألمانيا القومية في ثلاثينات القرن الماضي لتتبّع المهاجرين "الشرعيين" ولكي يكونوا قادرين على فصل المقبولين عن "الخطرين". وكما يشرح بيتر بيرنز وجيمس غيمبل، "إنّ أولئك الذين يعتقدون أنّ المهاجرين غير أذكياء أو قذرون، أو غير راغبين في تعلّم اللغة الإنكليزية، أو (متعصّبين دينياً، أو خطرين)، أو غير راغبين في العمل بجد كالسكان الأصليين هم أكثر عرضة للاعتراض على الهجرة" (Burns & Gimpel 2000: 204).

إنّ القوالب النمطية عن المعتلين ذهنياً كثيرة، وتلعب دوراً مركزياً في كيفية تصوّر الناس واستجابتهم لأولئك المصابين باعتلال ذهني (أو فقط تمّ تصوّر أنهم مصابين به). فكما يعلّق باتريك كوريغان، إنّ القوالب النمطية المتمسّك بها بشكل شائع عن الأشخاص المصابين باعتلال ذهني تتضمن العنف (الأشخاص المصابون باعتلال ذهني خطرون)، عدم الكفاءة (إنهم غير قادرين على العيش المستقل أو العمل الحقيقي)، اللوم (بسبب ضعف الشخصية، فهم مسؤولون عن بداية واستمرار اضطرابهم)" (Corrigan 2004: 319). والأشخاص المصابون بالفصام مختلون وخطرون، وأولئك الذين يعانون من الاكتئاب بحاجة إلى من يساعدهم في النجاح، والأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الحدّي يكونون متلاعبين وباحثين-عن الاهتمام، وما إلى ذلك. يبدو أنّ هذه القوالب النمطية تُضفي مشروعية على تقليل أو إلغاء الشروط المسبقة للأشخاص المصابين باعتلالات ذهنية على أساس أنهم يضعون أعباءً غير ضرورية على نظام الرعاية الصحية.

هنالك آلية أخرى للاضطهاد هي الاعتداءات الدقيقة. الاعتداءات الدقيقة

هي عبارة عن "إهانات مقتضبة لفظية مألوفة، أو سلوكية، أو بيئية، سواء أن كانت مقصودة أم غير مقصودة، تنقل الأذى والإهانات العدائية، أو الازدرائية، أو السلبية تجاه أفراد المجموعات المهمّشة" (مقتبسة من Sue et al. 2007). هنالك نوع من الاعتداءات الدقيقة تنطوي على أذى دقيق، حيث تقلل التصريحات أو الأفعال بشكل غير مباشر من الشخص المهمّش. فعلى سبيل المثال، قد يكون هناك أذى دقيق عندما يستدعي الطبيب والد المريض البالغ الكفء، ثم يتكلّم في الغالب مع الوالد؛ قد يشعر المريض بأنه تمت معاملته كطفل أو أنه مصدرٌ غير موثوق. هنالك نوع آخر من الأذى الدقيق ذلك الخاص بالإبطال الدقيق؛ ويحدث هذا من خلال التصريحات والأفعال التي تُبطل أو تنفي وقائع أو تجارب الشخص المهمّش. ومن الأمثلة على هذا النوع هي عندما يقترح الطبيب على المريضة أنّ "ما وراء غضبها (أو تحدّيها) هو..." وبذلك يعامل ذلك الغضب أو التحدّي على أنه مجرّد عَرض من الأعراض، أو آلية دفاع بدائية، بدلاً من شيء يتعين التحقيق فيه وقد تكون له منطقية وبالتالي يحتاج إلى منح اعتبار.

بالعودة إلى الحالة المفتوحة لإلينور، أشير إلى أنّ القوالب النمطية والاعتداءات الدقيقة غير الواعية التي استفاد منها فريق الرعاية الصحية في طوارئ الطب النفسي عملت على ترسيخ الخبرات المعاشة لإلينور المتمثلة في الاضطهاد الجندري والعنصري والطبقي (أي تشردها) عند كل منعطف. فقد تمّ تأويلها، على ما يبدو، أنها ليست متحولة الجنس بالفعل، وتستغل سياسات العرق والهوية الجنسية في محاولة منها للتلاعب بنظام الرعاية الصحية، والتمارض. فكانت النتيجة أنها اختبرت إحساساً عميقاً بالوحدة - شعوراً ساهمَ فيه فريق الرعاية الصحية. في القسم التالي، سأُجادل بأنّ المشاكل الإبستمية للصوت والصمت تصطدم بالقيم الديمقراطية وتُعيد إنتاج البِنى الاضطهادية.

الصوت والصمت

لقد اقترحتُ أنّ العنف البنيوي والقوى الاضطهادية يُعيدان إنتاج التمثيلات المشوّهة، القيم، المخططات التأويلية، السلطة الإبستمية، المجموعات، صنع المعنى. يتمثّل أحد آثار قوة هذه الجوانب المتداخلة من الحيوات اليومية للعديد من الناس في أنّ التواصل نفسه مُضمَّن في أنماط الظلم البنيوي (cf. Kukla 2014; Potter 2000). إنّ التواصل هو ظاهرة تبادلية الاعتماد، أعني بذلك أنّ كل من المتكلمين والمستمعين يعتمدون على بعضهم البعض. فالمتكلمون يعتمدون على فهم الجمهور للفعل المتضمَّن في القول [illocutionary act] لكي يكون تواصلهم ناجحاً (cf. Kkla 2014; Langton 1993)، في حين يعتمد الجمهور على المتكلمين لكي يُعطوهم معلومات مفيدة وأن يكونوا جديرين بالثقة (cf. Grasswick 2012). هكذا يتداخل التواصل مع القوة الإبستمية وتوزيع العارفين وغير-العارفين. ما أقصده بـ غير-العارفين ليس الناس الذين لا يعرفون شيئاً عن الموضوع المعني، بل الناس الذين لا يُعتبَرون من الأساس عارفين. لقد حللت الأعمال الحديثة في الإبستمولوجيا الطرق التي تتبعها قضايا المصداقية، الصوت، الإسكات\الصمت على طول سلسلة من العلاقات المهيمنة. فعلى وجه التحديد، يُعدّ الاعتماد على شهادة الآخرين أمراً أساسياً للغاية في الحياة اليومية إلى درجة أننا غالباً ما نتغاضى عن طرق عمله. وكما تقترح Miranda Fricker (2007)، تتّبع تقييمات المصداقية أنماطاً اجتماعية من التبعية والهيمنة البنيوية، حيث يُعتبر الأشخاص المنتمون إلى مجموعات الأقليات أقل مصداقية لأنه يُنظر إليهم على أنهم غير قادرين على الكون عارفين ولأنّ شخصيتهم غير جديرة بالثقة. لذلك، تُعتبر شهادتهم غير قابلة للتصديق ويتم إسقاطها.

هذه هي آلية الإسكات. تشرحها راي لانغتون على النحو التالي:

> إذا كنتَ قوياً، فأنت في بعض الأحيان تمتلك القدرة على إسكات حديث الضعيف. قد تكون إحدى الطرق هي إيقاف الضعيف عن الحديث من

الأساس. تكميمهم، تهديدهم، الحكم عليهم بالحبس الانفرادي. لكن هنالك طريقة أخرى أقل دراماتيكية إلا أنها بنفس القدر من الفعالية. دعهم يتكلمون. دعهم يقولون ما يحلو لهم مع أي شخص يريدون، لكن امنع اعتبار ذلك الكلام فعلاً...بعض الأفعال الكلامية لا يمكن التكلّم بها بالنسبة للنساء في بعض السياقات؛ على الرغم من أنّ الكلمات المناسبة يمكن النطق بها، إلا أنّ بعض هذه المنطوقات تفشل في أن تُعتبر الأفعال التي كان يُراد لها أن تكون. (Langton 1993: 299)

يتم إلغاء تواصلات النساء بشكل مختلف اعتماداً على السياق والمواقع الاجتماعية للمرء، وكما جادلتُ، يجب أن نفهم أنّ الفشل في الحصول على الاعتبار يحدث بشكل تقاطعي، وليس من خلال الجندر، أو العرق، أو الطبقة فقط، كما لو كانت تجارب تصنيفية مستقلة. يُعدّ الكون مُسكَّتاً، وقادراً على إسكات الآخرين، أمراً اضطهادياً من عدة طرق: مادّياً، نفسياً، سياسياً، إبستمياً. تذكّر الحالة المفتوحة لإلينور؛ إنّ رفض فريق الرعاية الصحية لمخاوفها يعني أنها تُركت غير آمنة سواء في الملجأ أو في الشارع، وقد تسبَّب الفريق في معاناة لها من جهة أنها شعرت غير مرئية للآخرين واختبرت نفسها على أنها غير مسموعة وأُسيء فهمها؛ وتعاملوا معها كـ شخص متحوّل في فئة غير مهمة؛ وبدا أنهم رأوا شهادتها تفتقر إلى المصداقية وشخصيتها متلاعبة ومخادعة. إنّ آليات الصمت لها آثار على كل من هذه النطاقات، وكذلك من الناحية الاقتصادية. تتداخل هذه النطاقات وتتحوّل في التأثير. لاحِظ أنّ صعود الليبرالية الجديدة له صلة هنا: فالعارفون (من بين الأشياء الأخرى) هم الأشخاص الذين يكونون مستقلين ويمكنهم الاعتماد على أنفسهم؛ ليسوا محتاجين، أو مُتكلين، أو يعانون بشكل مزمن، كما هو الملحظ على العديد من المصابين بالاعتلالات الذهنية. وبما أنّ الليبرالية الجديدة نأت بنفسها عن الفقراء (كما يظهر من "السماح" لهم بشراء السلع من القطاعات الخاصة)، وبما أنّ الاعتلال الذهني غالباً ما يترك الناس عُرضة للتشرّد والفقر من خلال فقدان الوظيفة، وارتفاع تكاليف التأمين، وأحياناً صعوبة في العمل، فإنّ الليبرالية الجديدة تصب في قلب

عدم المساواة الإبستمية بالإضافة إلى أشكال أخرى كثيرة من عدم المساواة. سأركّز، هنا، على الجوانب الإبستمية والأخلاقية للإسكات ومن ثمّ أعرض ميزاتها وآثارها بعد ذلك.

كما تكتب جوسي مادينا، "في حالة الاضطهاد، تفشل العلاقات الإبستمية" (Medina 2013: 27). قدّمت كريستي دوتسون مفهوم العنف الإبستمي لتفسّر الظواهر التي تختبرها المجموعات المهمّشة والمغبونة فيما يتعلق بالتفاعلات التواصلية. يحدث **العنف الإبستمي** عندما (a) يتم إسقاط أو قمع المعلومات التي يمتلكها الأشخاص المقهورون؛ أو (b) عندما يرفض المستمعون التعامل بشكل تواصلي في تلك التبادلات البينية الاعتماد (Dotson 2011).

أحد أشكال العنف الإبستمي الذي تناقشه دوتسون هو الإسكات الشهادي [testimonial quieting]. يحدث **الإسكات الشهادي** عندما يتم تقليل قيمة مصداقية المتكلّم باعتباره عارفاً بسبب الصور التحكّمية. لقد جادلتُ في موضع آخر بأنّ الفتيات السود يتم إسكاتهن بشكل غير متناسب بهذه الطريقة في الفصل الدراسي (Potter 2016). كثيراً ما يتم تصوّر الفتيات السود على أنهن صاخبات وعدائيات في المدارس. في الواقع، قد يعبّر بعض الطلبة عن طرق تواصل متباينة ثقافياً، وقد يُظهر البعض طريقة مستنيرة سياسياً للبقاء على قيد الحياة باعتبارهم طلبة من الأقليات، لكنّ الواقع هو أنّ الصور التحكّمية يبدو أنها تُهيمن على طُرق المعلمين فيما يتعلق بالفتيات السود في الفصل الدراسي. تشير الأبحاث إلى أنّ الكثير من المعلمين يحاولون غرس معيار الطبقة-المتوسطة البيضاء من الأنوثة التي تكون منصاعة وهادئة. فهم أكثر اهتماماً بتعليم الفتيات السود المهارات الاجتماعية - مثل، ألا تكون صاخبة - وأقل قلقاً بشأن تطورهن الأكاديمي. ويميلون إلى اعتبار الفتيات السود جريئات وتصادميات، مما يُشكّل تحدٍ لسلطة المعلمين. فعلى سبيل المثال، وبّخ أحد المعلمين فتاة سوداء لقيامها بالإجابة بشكل صاخب على مسألة ما. واعتبر معلمون آخرون أنّ الفتيات السود يعرقلن

الفصل الدراسي، ووصفَهُن أحد المعلمين بأنهن "جريئات للغاية" (Morris 2007). هذا مثال عن الإسكات الشهادي، ومتى ما حاولت الفتيات السود الحصول على تعليم أكاديمي، تتراكم مثل هذه التجارب في أشكال من العنف الإبستمي.

نلمس هذا الإسكات في رعاية الصحة العقلية أيضاً. يصف جايكوب هايل الكاتب عن الـ FTM [المتحولين جنسياً] الباثولوجيا التي تحدث لأجل الحصول على تقنيات تحسين طبية للجسم: يُشترط على الأشخاص المتحولين الحصول على تشخيص الـ DSM قبل أي تدخّل هورموني أو جراحي. ينوّه هايل إلى المفارقة في الاضطرار إلى الخضوع لمثل هذه الإهانات لاستخدام القوة [agency] على جسم المرء خاصته، وفي القيام بذلك، نكون متواطئين على مَحو الشخص. تتبع وصمة المرض الذهني المرء في كل مكان، مما يجعل صوته مجرّد ثرثرة لشخص مجنون (Hale 2009: 47). فإلينور، في طوارئ الطب النفسي، بعيدة كل البعد عن محاولة الحصول على تدخّلات طبية - فهي ترغب في أن تكون آمنةً من الأذى، وأن تجد ملجأً لها في الليلة. ولا تريد إلينور أن يتم فهمها على أنها تعاني من اعتلال طبي نفسي، كما هو حال العديد من الأشخاص المتحولين؛ بدلاً من ذلك، يبدو أنها تصرخ ليس فقط لأجل الأمان بل كذلك ليتم فهمها من منظور خبرتها، لا من منظور النظرة التشخيصية أو من تلك الخاصة بفريق الرعاية الصحية المرتاب الذي يعتبِر بعض زائري طوارئ الطب النفسي يحاولون التلاعب بالنظام. ومع ذلك، فهي، أيضاً، تختبر نفسها على أنها يتم إسكاتها أو محوها.

لا يحتاج العنف الإبستمي إلى أن يكون مقصوداً. فهو ينشأ مما تُسميه دوتسون "الجهل الضار= pernicious ignorance" الذي يتضمن "حساسية غير متوافقة مع الحقيقة المتعلقة ببعض مجالات المعرفة" (Dotson 2011: 241-242). إنه نوع من الجهل الموضعي، بمعنى أنه يتبع الموقع الاجتماعي للشخص و\أو موقعه الإبستمي ويعزز الاختلافات الإبستمية الكبيرة بين المجموعات المتنوعة.

إنّ الاختلافات الإبستمية هي الفجوة بين الرؤى العالمية المختلفة الناتجة عن اختلاف المواقف الاجتماعية (الاقتصادية، الجنسية، الثقافية، إلخ) التي تُنتج أفهاماً مختلفة عن العالم، ومعرفة مختلفة عن الواقع. فإلينور، على سبيل المثال، تعرف ماذا يعني أن تكون شخصاً متحولاً بلا مأوى تحت وطأة التنمّر والهجوم من الآخرين، في حين فشلَ فريق الرعاية الصحية المدرّب والحسِن النية في فهم ما ستكون عليه الحياة بالنسبة لها أو للآخرين الذين هم في نفس الظروف، ويرجع سبب ذلك بشكل كبير إلى أنّ قاعدة معارفهم مختلفة جداً. فما تعرفه إلينور عن العالم المحلي وما يعرفه فريق الرعاية الصحية عن مرضاهم يبدو أنه فجوة لا يمكن ردمها. بعبارة أخرى، يُفسَّر العنف الإبستمي جزئياً بواسطة الموقع الاجتماعي للفرد أو المجموعة التي تحظى بامتياز وأفضلية، حيث إنّ فشل المستمع في منح اعتبار للمتكلم يقع بسبب جهل متى كان من الممكن للمرء، أو يجب عليه، أن يعرف بشكل أفضل. وبالتالي، فإنّ الجهل ضار حتى عندما يكون غير مقصود.

إنّ هذه النقطة هي من الأهمية بمكان لأنها تسلّط الضوء على العلاقة بين المسؤولية الأخلاقية والإبستمية. فالعنف الإبستمي هو شكل من أشكال الاضطهاد، ويتم تغذيته بالأنواع ذاتها من القوالب النمطية والصور التحكّمية التي ناقشتها في قسم الاعتلال الذهني وآليات الاضطهاد ويتجلّى ذلك في طرقنا المتجسّدة والعاطفية والمعرفية في إدراك الآخرين والتعلّق بهم. إنّ الجهل الضار سيء لأنه غير مسؤول من الناحية الإبستمية ولأنه خاطئ من الناحية الأخلاقية، لأنه يقع باعتباره نمطاً من العنف. وهكذا، فهو عنيف ومؤذي لأنه يضر بقدرة أعضاء المجموعة على التكلّم وعلى الاستماع إليهم. وبشكل أكثر تحديداً، إنه (1) يدمّر ثقتها بمعتقداتها وثقتها بنفسها كعارفة؛ (2) يقوّض إحساسها بنفسها كفاعلة إبستمية، وبالتالي، إنسانيتها؛ (3) يعوق تطور الشجاعة الفكرية؛ (4) "يستبعد الموضوع من المحادثة المفعمة بالثقة" (Dotson 2011; Fricker 2007: 54).

أقترح أنه إذا أردنا الانخراط في تغييرات في المواجهات السريرية بطرق من شأنها أن تعالج القوالب النمطية، والاعتداءات الدقيقة، والعنف الإبستمي، فسنحتاج نحن الذين نشغل مواقع اجتماعية تتمتع بالأفضلية والامتياز إلى القيام بـ "التنقّل-في العالم" (من بين أشياء أخرى): سنحتاج إلى تعلّم عدم جعل أنفسنا، وطرق إدراكنا للعالم، وراحتنا وترَفنا، وثقتنا في صوابنا، هي مركز الانطلاق. وسنحتاج إلى تعلّم رؤية أنفسنا بالطريقة التي يرانا بها المحرومون والمعرّضون للتمييز المنهجي. وسنحتاج إلى تعلّم أن نكون أصحاب تفكير انتقادي وأن نستفسر عن الافتراضات حول المعايير التي تحكم البِنى الاجتماعية والقانونية والسياسية والاقتصادية.

في حين أنّ هذه العملية لها صلة بنا جميعاً، إلا أنها تمثل عملاً مهماً بشكل خاص لأولئك الذين لديهم امتياز القيام بها. يشير عمل مادينا إلى أنّ عملية التغيير هذه قد تكون كبيرة وصعبة. "فالجهل الفعال له جذور نفسية وسياسية اجتماعية عميقة: فهو مدعوم بالبِنى النفسية والترتيبات الاجتماعية التي تمنع الأشخاص من تصحيح المفاهيم الخاطئة واكتساب المعرفة لأنهم سيتعيّن عليهم تغيير الكثير من أنفسهم ومجتمعاتهم قبل أن يتمكّنوا من البدء برؤية الأمور بشكل مختلف" (Medina 2013: 58). لأنّ الأمر يتعلق، على وجه التحديد، بالاستماع إلى أولئك الذين يختبرون التخلّي، أو الإسكات، أو الكرْب العميق، فإنه قد يتطلب جهداً أخلاقياً كبيراً. وكما يكتب جيل ستوفر، "فقط الذات القادرة على التخلّي عن الرضا عن النفس الدنيوي تُترك لها مهمة سماع متطلبات الإصلاح والمساعدة في ابتكار استجابات جديدة للإضرار التي لا يستوعبها بشكل تام أي علاج موجود مسبقاً" (Stauffer 2015: 7). إنّ سماع صيحات ألم ومعاناة الآخرين، وخلق فجوات لهم لإحداث تلك الصيحات، هما عنصران أساسيان في الطب النفسي. لكن هل المطالب الأخلاقية التي وصفتها في هذا الفصل لها صلة حقيقية بالأطباء؟ في القسم الأخير، سأحدد بعض هذه المسائل داخل جغرافيا الطب النفسي وفي مهمة مساعدة المصابين بالكرب الذهني والإعاقة على الانتقال إلى أماكن أقل عزلة ووحدة.

التطبيق في الطب النفسي

من الممكن إسكات المرضى وتركهم يصارعون اعتلالهم، وموقعياتهم داخل المجتمع الأكبر، والأضرار الإبستمية والأخلاقية التي قد يختبرونها. يحدث هذا حتى عندما يكون الأطباء النفسيون حسني النية، ومتعاطفين، ومنخرطين في جهود تخفيف معاناة المرضى. تخلق أنظمة الاضطهاد والهيمنة أنماطاً تتواجد في مختلف المجموعات الاجتماعية، ولا تقتصر على ذات الامتياز فحسب بل أيضاً ضمن الأدوار المهنية. إنّ المجموعة الاجتماعية قيد النظر في هذا القسم هي مجموعة الأطباء. والظروف الاجتماعية التي ناقشتها في هذا الفصل يمكن أن تؤثر على قدرتنا على السماع والكون مسموعين بشكل صحيح، هذه القدرات لها أهمية رئيسية في الممارسات الجيدة في الطب النفسي وممارسات الصحة العقلية الأخرى. يوفّر الموقف الاجتماعي للناس الذين يتمتعون بالامتياز، بما في ذلك موقف الأطباء النفسيين، إمكانية عدم معرفة بعض الأمور والافتراض الذي مفاده أنهم ليسوا بحاجة إلى معرفتها.

كما كنتُ قد أشرت، إنّ العنف البنيوي والاضطهادات المتقاطعة، جنباً إلى جنب مع الليبرالية الجديدة، يشكّلون خبرات المرء، وأنواع المفاهيم التي يشكّلها، والاعتقادات التي يتمسّك بها حول ما هو صحيح عن العالم. تتشكّل هذه الخبرات في أنماط من أشخاص مختلفي التموقع، حيث يكون للمواقع التي يشغلها الشخص عواقب مادية، وإبستمية، وأخلاقية، وسياسية اجتماعية، واقتصادية حقيقية. أحد هذه التأثيرات، في الطب النفسي، هو ذلك الخاص بآليات الإسكات. فإلينور، في المثال الافتتاحي، تعاني من الإسكات، إضافة إلى الاغتراب، والتهديد الحقيقي لسلامتها الشخصية. تاريخياً، يمكن ملاحظة ظاهرة الإسكات عندما حثّ تهديد القوة السوداء للأفراد البيض أثناء حركة الحقوق المدنية على تشخيص جديد سُمّي بـ "ذهان الاحتجاج". أدّى هذا التشخيص إلى ازدياد عدد الذكور الأمريكيين من أصول أفريقية الذين تمّ اعتبارهم مصابين بالفصام (Metzl 2009). يجادل جوناثان ميتزل بأنّ الزيادة في

التشخيصات بين هذه المجموعة كانت سياسية، لا سريرية (حتى لو اعتقد العديد من الأطباءأنهم قد حددوا ظاهرة سريرية جديدة)، غيرَ أنها عملت كتفسير لسبب احتجاج الأشخاص السود ضد عنصرية البيض: كانوا مذعورين، ويعانون من أوهام الاضطهاد. لقد أصبح الاحتجاج ضد العنصرية خطيراً ولا يُنصَح به للأمريكيين من أصل أفريقي لأنهم قد ينتهي بهم المطاف بتشخيصهم وإدخالهم قسراً إلى المستشفى لتلقّي العلاج من اعتلال لم يكن كثير منهم مصابين به.

إنّ الاتجاهات المتطورة اجتماعياً ومهنياً للمشاركة في الجهل الإبستمي هي نقطة ضعف بالنسبة للأطباء النفسيين وغيرهم من المهنيين في مجال الصحة العقلية لأنّ تدريبهم القائم على الطب النفسي البيولوجي في الأساس، أي التركيز على الطب القائم-على الأدلة باعتباره المعيار الذهبي، والتأثير المتزايد للنقابوية الطبية النيوليبرالية غالباً ما يعملان معاً على خلق أطباء من المتوقّع - وفي الواقع، قد يكون شرطاً - أن يركّزوا بشكل ضيّق على الشخص باعتباره فرداً عاماً لأنهم مَن يقرر هل يجب تشخيصه أم لا، وهل يجب علاجه بكفاءة كافية كي يزداد التعويض إلى أقصى حد. ونظراً لأنّ المستشفيات والعيادات يحرّكها على نحوٍ متزايد جني الأرباح، فإنّ معظم الأطباء النفسيين ليس لديهم الوقت الكافي لتكريسه لكل مريض. قد يذهب الأطباء السريريون الذين يرفضون تلك القيود إلى العيادات الخاصة - لكنّ هذا قد يحول دون حصولهم على التأمين، وبالتالي، يعزز مناخ الرعاية للأثرياء ويُهمل الفقراء. قد يعزز هذا التركيز عاداتٍ غير واعية إلى حدٍ كبير لدى بعض الأطباء عن التنميط لأنّ استخدام القوالب النمطية أسرع وأكثر فاعلية من ناحية الوقت. إذن، قد تقيّد هذه الممارسات وصول العديد من الأطباء إلى المعرفة التامة والدقيقة. وبذلك، قد يُلغي الأطباء أو يُسكتون العديد من العوامل الحاسمة التي تؤثر على خبرات واحتياجات الشخص الذي أمامهم.

كما يوضّح هذا الفصل، فإنّ العنف البنيوي، والاضطهادات المتقاطعة، وصعود الليبرالية الجديدة، تُزيد من احتمالية أن لا يفهم الأطباء السريريون كيف

أنّ المعايير المهنية التي نشترك فيها قد تضر الآخرين عن غير قصد. فهي تجعل من الصعب رؤية كيف ومتى نتصرف بعنف إبستمي وغيره من التصرفات الخفية من الإبطالات الدقيقة في بعض الأحيان. وكما يجادل ستوفر، إنّ ما يحتاج إليه أولئك الذين يعانون من الاغتراب وتجارب التخلّي هو المساعدة في بناء العالم - أي العمل الاجتماعي الاقتصادي الواسع وكذلك العمل الدقيق لمساعدة الناس على إعادة حياتهم إلى طبيعتها، أو مساعدتهم على إدارتها بأفضل ما في استطاعتهم - وهذا يتطلب "دعماً اجتماعياً واسعاً يعمل كَوعد يتمثل في أنه على الرغم من أنها تمّ التخليّ عنها في مرة من المرات من قِبل البشرية إلا أنه لن يُسمح بحدوث ذلك مرة أخرى" (Stauffer 2015: 7).

ومتابعة لـ لوجونز، أؤيّد المرونة المتعمّدة في التحوّل من بناء واحد للحياة، يكون فيه المرء أكثر أو أقل راحة، إلى بناء آخر من الحياة، يكون فيه المرء أقل يُسراً أو ترفاً. ينشأ عدم-الترف هذا عند الأطباء السريريين من تجربة الانفكاك عن مَرْكَزة-الذات بما يكفي ليكونوا قادرين على فهم كيف أنّ الشخص الذي يتفاعلون معه كان، وما زال حالياً، يختبر "عالمه\عوالمه". وطريق التنقّل مليء بالحماس والمحبة. (ذكرت المزيد عن الفكرة في Potter 2003). يحتاج الطبيب السريري إلى أن يبقى متجها نحو الذات، لكن مع مرونة وضمير منصف بما فيه الكفاية بحيث يتمكّن من سماع وإدراك تواصلات الآخر من دون فرض معجمه الخاص ومن دون السحب التلقائي للمتخيّل الاجتماعي المؤسَّس. إنّ الفضاء بين الطبيب السريري والشخص\المريض هو فضاء بينذاتي، "مشحون بإعطاء علامات تسبق التواصل في اللغة، وكذلك بإمكانية إخراج الـ 'أنا' من ذاتي إلى العالم" (Stauffer 2015: 25). يؤكد ستوفر على أنّ الاستماع الجيد لا يتضمن فقط الاهتمام بما يتم إيصاله من الآخر بل بما لا يتم سماعه من كلا الطرفين. وأودُّ أن أُضيف أنه، في حالة فوارق السلطة كتلك التي بين الطبيب السريري والشخص\المريض، من المهم بشكل خاص أن يكون الأطباء مهتمين بما قد لا يسمعونه - إنها مهمة صعبة ومتناقضة بالفعل. وعليه، فإنّ القيام بعمل سريري جيد - أي التفاعل مع الآخرين الذي يخفف المعاناة وقد يوفّر العلاج

الذي يحتاجه الآخرون - يتطلب كذلك من الاطباء السريريين فهم كيف تعمل الاضطهادات وكيف أنّ مواقعهم الاجتماعية قد تستنسخ أو تقوّض سلطتهم داخل الطب النفسي وعلم النفس. هذه هي المسؤوليات الأخلاقية والإبستمية للأطباء السريريين.

يتعدّى هذا ما هو باستطاعة الأطباء القيام به، وأنا لا آمل في قدرة العالم على تقويض قوة الليبرالية الجديدة. إلى الحد الذي تكون فيه الرعاية الصحية جزءاً من الخصخصة والتحوّل إلى الشركات، فمن غير الواضح إمكانية اكتساب الديمقراطية الفعلية جاذبية كافية لتوفير إغاثة تحررية من معاناة البشر. لكن إلى الحد الذي قد توفّر فيه تحوّلاتٍ إيجابية، فسوف يتطلب الأمر من الأطباء النفسيين العمل معاً على "التنقّل-في العالم"، وعلى تخيّل وخلق، سوية مع الأشخاص الموجودين هناك لرعايتهم والتخفيف من عزلتهم المعنوية، منطقة جديدة.

References

Brown, W. (2015), Undoing the Demos: Neoliberalism's Stealth Revolution, Brooklyn, NY: Zone Books.

Burns, P. and Gimpel, J. (2000), Economic Insecurity, Prejudicial Stereotypes, and Public Opinion on Immigration Policy, Political Science Quarterly, 115:201-225.

Carastathis, A. (2014), The Concept of Intersectionality in Feminist Theory, Philosophy Compass, 9:304-314.

Charlton, J. (2000), Nothing about Us without Us: Disability Oppression and Empowerment, Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

Collins, P. H. (2000), Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment, 2nd edition. London: Routledge.

Corrigan, P. (2004), How Stigma Interferes with Mental Health, American Psychologist, 59:614-625.

Crenshaw, K. W. (1989), Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics, University of Chicago Legal Forum, 140:139-167.

Crenshaw, K. W. (1991), Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color, Stanford Law Review, 43:1241-1299.

Cudd, A. (2006), Analyzing Oppression, Oxford: Oxford University Press. Dotson, K.

(2011), Tracking Epistemic Violence, Tracking Practices of Silencing, Hypatia, 26(2):326-257.

Farmer, P., Nizeye, B., Stulac, S., and Keshavjee, S. (2006), Structural Violence and Clinical Medicine, PLoSOne Medicine, 3:e449.

Fricker, M. (2007), Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing, New York: Oxford University Press.

Garry, A. (2012), Who Is Included? Intersectionality, Metaphors, and the Multiplicity of Gender, pp. 492-530. In Out from the Shadows: Analytical Feminist Contributions to Traditional Philosophy. S. L. Crasnow and A. M. Superson, eds. New York: Oxford University Press.

Gilman, S. (1985), Difference and Pathology: Stereotypes of Sexuality, Race, and Madness, Ithaca, NY: Cornell University Press.

Grasswick, H. (2012), Knowing Moral Agents: Epistemic Dependence and the Moral Realm, pp. 307-338. In Out from The Shadows: Analytical Feminist Contributions to Traditional Philosophy. S. L. Crasnow and A. M. Superson, eds. Oxford: Oxford University Press.

Hale, J. (2009), Tracing a Ghostly Memory in My Throat: Reflections on FTM Feminist Voice and Agency, pp. 43-65. In "You've Changed": Sex Reassignment and Personal Identity. L. Shrage, ed. Oxford: Oxford University Press.

Klein, N. (2007), The Shock Doctrine: The Rise of Disaster Capitalism, New York: Picador Press.

Kukla, R. (2014), Performative Force, Convention, and Discursive Injustice, Hypatia, 29:440-457.Langton, R. (1993), Speech Acts and Unspeakable Acts, Philosophy and Public Affairs, 22:293-330.

Lugones, M. (1987), Playfulness, "World"-Traveling, and Loving Perception, Hypatia, 2:3-19.

Lugones, M. and Spelman, E. (1983), Have We Got a Theory for You! Feminist Theory, Cultural Imperialism and the Demand for "The Woman's Voice," Women's Studies International Forum, 6:573-581.

McGregor, S. (2011), Neoliberalism and Health Care, International Journal of Consumer Studies, 25:82-89.

Medina, J. (2013), The Epistemology of Resistance: Gender and Racial Oppression, Epistemic Injustice, and the Social Imagination, Oxford: Oxford University Press.

Metzl, J. (2009), The Protest Psychosis: How Schizophrenia Became a Black Disease, Boston, MA: Beacon Press.

Morris, E. (2007), "Ladies" or "Loudies"? Perceptions and Experiences of Black girls in Classrooms, Youth & Society, 38:490-515.

Mouffe, C. (1996), Democracy, Power, and the "Political," pp. 245-256. In Democracy and Difference: Contesting the Boundaries of the Political. S. Benhabib, ed. Princeton,

NJ: Princeton University Press.

O'Neill, S. (2010), Struggles against Injustice: Contemporary Critical Theory and Violence, Journal of Global Ethics, 6:127-139.

Potter, N. N. (2000), Giving Uptake, Social Theory and Practice, 26:479-508. Potter,N. N. (2002), How Can I Be Trusted? A Virtue Theory of Trustworthiness, Lanham, MD: Rowman-Littlefield.

Potter, N. N. (2003), Moral Tourists and World-Travelers: Some Epistemological Issues in Understanding Patients' Worlds, Philosophy, Psychiatry, and Psychology, 10:209-223.

Potter N. N. (2015), Reflections on Things We Don't Want to Think About: Intersection of Colonialism, Transgenerational Trauma, and Oppression within Psychiatry, Journal of Ethics in Mental Health. https://www.jemh.ca/issues/v9/documents/ JEMH_Open-Volume_Article_Theme_Colonization_Reflections_June2015.pdf.

Potter, N. N. (2016), The Virtue of Defiance and Psychiatric Engagement, Oxford: Oxford University Press.

Sen, A. (2009), The Idea of Justice, Cambridge, MA: Harvard University Press.

Stauffer, J. (2015), Ethical Loneliness: The Injustice of Not Being Heard, New York: Columbia University Press.

Sue, D. W., Cpodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M., Nadal, K. L., and Esquilin, M. E. (2007), Racial Microaggressions in Everyday Life: Implications for Counseling, The American Psychologist, 62:271-286.

Tessman, L. (2009), Feminist Eudaimonism: Eudaimonism as Non-Ideal Theory, pp. 47-58. In Feminist Ethics and Social and Political Philosophy: Theorizing the NonIdeal. L. Tessman, ed. Dordrecht and New York: Springer.

الفصل السادس عشر

الاعتلال الذهني، والقوة الفاعلة، والمسؤولية

ميشيل سيوريا

المقدّمة

هنالك افتراض واسع الانتشار بين الفلاسفة مفاده أنّ الأشخاص المصابين باعتلال ذهني ليسوا مسؤولين وليسوا أهدافاً ملائمة لمُسنِدات المسؤولية كالمدح واللوم (e.g., McKenna 2012; Strawson 1963; Watson 2013). ربما يقصد هؤلاء المنظّرين أنّ تعليقاتهم لا تنطبق إلا على حالات الاعتلال الذهني الأكثر وهناً، إلا أنّ هذه ليست هي **الحالات النموذجية**، والتركيز عليها يمكن أن يؤدي إلى الاعتقاد الخاطئ بأنّ الأشخاص المصابين بالاضطرابات الذهنية ليس لديهم القوة الفاعلة [agency] المسؤولة من الأساس. في الواقع، إنّ الأشخاص المصابين باضطرابات ذهنية هم جماعات متنوعة للغاية مع قدرات مختلفة، ومعظمهم قادرون على ممارسة المسؤولية على مجموعة حقيقية من الخيارات. يتم تمييز ذلك من خلال المقاربة المعاصرة الرائدة في مجال الصحة العقلية، أي المقاربة المرتكزة-على العميل التي أشاعها Carl Rogers (1951, 1995)، التي تُعامل مستخدمي خدمات الصحة العقلية على أنهم قادرون بشكل مفترض على المسؤولية والمناصرة-الذاتية [self-advocacy] (لجنة الصحة العقلية الكَندية 2015).

حتى لو كانت بعض أنواع الاعتلال الذهني عاجزة، فإنّ هذا يعتمد على نوع الاضطراب وشخصية الفرد: تتضمّن النسخة الحالية من **الدليل الإحصائي والتشخيصي** (DSM-5) أكثر من 250 اضطراباً ذهنياً مختلفاً، مع أعراض مختلفة

وجميع الاضطرابات تستجيب لبعض طرائق العلاج. علاوة على ذلك، لا تعتمد الاستجابة-إلى المعالجة على نوع الاضطراب فقط، بل كذلك على شخصية الفرد وظروفه. لذلك من غير المعقول الاعتقاد بأنّ كل شخص مصاب باضطراب ذهني يُعدّ غير مسؤول، **نقطة وانتهى الأمر**. كما أُجادل في هذا الفصل، عند مناقشة المسؤولية والاضطرابات الذهنية، أنه يجب أن نتجنّب "بَند الاستبعاد الشامل"[1] الذي يستثني جميع الأشخاص المعتلين ذهنياً من العلاقات المتبادلة التي نحمّل فيها بعضنا البعض المسؤولية.

عادة ما يركّز الفلاسفة الذين يكتبون عن المسؤولية على المسؤولية الأخلاقية، التي تُعرّف بأنها القدرة على الاستجابة إلى الاعتبارات الأخلاقية (انظر بشكل خاص Fischer 2006, 2011). لكنّ المفهوم الإجرائي للمسؤولية يمكن أن يكون أوسع من ذلك، شاملاً الاستجابة إلى أي اعتبارات من شأنها أن تعزّز أداء الفاعلية. ببساطة يمكن تحميل الأفراد المسؤولية عن الاستجابة وعدم الاستجابة لأسباب غير أخلاقية. فعلى سبيل المثال، قد نقول إنّ فان كوخ هو ببساطة مسؤول عن إنشاء أعمال فنية مبتكرة، رُغم أنّ هذا ليس نوعاً من المسؤولية الأخلاقية. وقد نميل أيضاً إلى قول إنه كان يستحق الثناء على إنجازاته الفنية على الرغم من أنه عانى من مرض الفصام الشديد (Blumer 2002). فيما يلي، سأستخدم مصطلح المسؤول وفق المعنى الواسع، لتغطية كل من الاستخدامات الأخلاقية وغير الأخلاقية للقوة الفاعلة، وسأُجادل بأنّ مستخدمي الخدمة يمكن أن يتحمّلوا المسؤولية في كلتا الحالتين.

في هذا الفصل، أتقصّى النظريات السائدة عن المسؤولية وأحدِّد النظرية الأكثر قدرة على مقاومة بند الاستبعاد الشامل. وأُجادل بأنّ أفضل مرشّح هو

---

(1) استعرتُ مصطلح "بند الاستبعاد الشامل" من Freyenhagan & O'Shea (2013: 57)، الذي استخدمه لوصف نظريات الاستقلالية التي تقدّم الاستقلال والاعتلال على أنهما يستبعد أحدهما الآخر. أطبّق المصطلح على نظريات المسؤولية المشابهة: النظريات التي تعامل الاضطراب الذهني والمسؤولية على أنهما متنافران.

نسخة عن رؤية تعزيز-القوة الفاعلة (AEV) لمانويل فارغاس، التي تهدف فيها مُسنِدات المسؤولية إلى تعزيز القوة الفاعلة في أعضاء جماعة معينة. تسوّغ AEV مُسنِدتيّ المسؤولية (المدح، اللوم) على أساس هل من الممكن أن تعززا أداء الفاعل المستهدف، بصرف النظر عن حالة الصحة العقلية الخاصة بالشخص؛ وبذلك فإنها تتقاطع مع الفئات التشخيصية وتقسيم المعياري-مقابل-المضطرب. تُعدّ هذه الرؤية جذّابة لأنها تسمح لنا برؤية مستخدمي الخدمة (أي عملاء أنظمة الصحة العقلية) على أنهم لديهم القابلية للاضطلاع بمُسنِدات المسؤولية في العلاج مادامت هذه الصفات تعزز أداءهم، بما يتوافق مع الرؤية المرتكزة-على العميل. يوسّع هذا من نطاق المسؤولية ليشمل مستخدمي الخدمة في المجتمع وأنظمة الصحة العقلية على حدٍ سواء.

بعد الدفاع عن AEV، أنظر فيما إذا كان من الممكن استخدامها في تحرير رؤية ستراوسن من بند الاستبعاد الشامل، والفكرة ذات الصلة (المقترحة من قِبل ستراوسن) المتمثلة في أنّ الغرض الأساسي من المعالجة هو استبعاد الأشخاص من الجماعة الأخلاقية. (يجادل ستاروسن على نحوٍ مشهور بأنّ الأشخاص المعتلين ذهنياً ليسوا فاعلين أخلاقيين وليسوا أهدافاً مناسبة للمدح واللوم.) تتعارض هذه الرؤية مع نموذج العلاج المرتكز-على العميل، الذي لا يرى العلاج كوسيلة لاستبعاد وعزل مستخدمي الخدمة، بل بالأحرى كوسيلة لإعادة دمجهم في جماعاتهم المحلية من خلال تمكينهم من السعي وراء المشاريع المهنية والاجتماعية الهادفة. أزعم أنه وفقاً لرؤية ستراوسو-فارغاسية تركيبية، يمكننا إعادة تعريف العلاج على أنه داخلي في ممارستنا المشتركة المتمثلة في تحميل الأشخاص المسؤولية، بدلاً من الآلية المتعلقة باستبعاد مستخدمي الخدمة من شبكة العلاقات المتبادلة هذه.

في تطوير تركيبة ستراوسو-فارغاسية، أُقدّم دعوتين منفصلتين حول العلاقة بين المسؤولية والعلاج: (1) المواقف التفاعلية من المدح، اللوم، وما شابه ذلك تتلاءم مع السياقات العلاجية بقدر ما تحسّن من القوة الفاعلة لمستخدم

الخدمة - بعبارة أخرى، يمكن لمستخدمي الخدمة أن يتحمّلوا مسؤولية خياراتهم وأفعالهم؛ و(2) العلاج نفسه هو نوع مميز من المواقف التفاعلية مع خصائص فريدة من نوعها تميّزه عن الأنواع الأخرى من المواقف التفاعلية. تُتيح لنا هاتان الدعوتان رؤية أي شخص مصاب باضطراب ذهني مستجيب-للعلاج على أنه فاعل مسؤول، قادر على ممارسة السيطرة على مجموعة من كبيرة من الاختيارات.

في القسم الأخير من هذا الفصل، أُناقش كيف يمكننا صياغة مُسنِدات المسؤولية المناسبة تجاه مستخدمي الخدمة. أزعم أنّ مُسنِدات المسؤولية هذه يجب أن تكون خصوصية بدلاً من عمومية. ما أعنيه بـ "عمومية" هو أنّ المُسنِدات التي تنبع من **المبادئ العامة** التي تُطبّق على الأشخاص المعتلين ذهنياً أو حتى على كامل الفئات التشخيصية، تتجاهل خصوصيات كل حالة. وبالتالي، فإنّ المُسنِدات العمومية تُعامِل كل مستخدم للخدمة على أنه عضو عام لنوع من الاعتلال الذهني. وأعني بـ "خصوصية" الرؤية التي نقيّم من خلالها المسؤولية على أساس كل حالة على حِدة (خاصة). أزعم أنه يجب أن نأخذ بالحسبان مجموعتين من الاعتبارات في التقييم الخصوصياتي: الأولى، **الاعتبارات العامة** حول نوع الاضطراب الذهني المعني ومعدلات الاستجابة السريرية للاضطراب، والثانية، **الاعتبارات الخاصة** حول دور الاضطراب في الادخار المعرفي للعميل، ووجود عوامل الخطر، وتوافر خدمات العلاج في مجتمع الفرد. يُتيح الجمع بين هذه الاعتبارات استجابة خصوصياتية حقيقية بشأن مستخدمي الخدمة، تتمثل في رفضها طلاء الجميع بنفس الفرشاة.

تعريفات

قبل البدء، سأوضّح المصطلحات الرئيسية الواردة في مناقشتي.

أُعرِّف مصطلحيّ "الاضطراب الذهني [mental disorder]" و"الاعتلال الذهني [mental illness]" (المستخدمان بشكل متبادل) وفقاً لمعايير الـ DSM-5،

مع مؤهّل مفاده إنني لستُ ملتزماً بـ "النموذج البيولوجي الطبي"، الذي يصوّر الاضطرابات الذهنية أنها تقبل الاختزال إلى العمليات الفيزيائية (مثل، علم الأمراض، الكيمياء الحيوية، علم وظائف الأعضاء). لحسن الحظ، لا يلتزم الـ DSM-5 بهذا النموذج أيضاً. إذ يُعرّف الاضطراب الذهني بأنه "اختلالٌ في إدراك، أو انفعال، أو انضباط، أو سلوك" الشخص، مما يسبّب "إعاقة أو كرْباً ملحوظاً في النشاطات المجتمعية، أو المهنية، أو النشاطات المهمة الأخرى"، حيث تنحرف هذه الخبرات بشكل ملحوظ عن التوقعات الثقافية (20). (يسمح لنا الإعفاء الثقافي باستبعاد الحزن الطبيعي وغيره من الخبرات المعيارية ثقافياً.) يندرج هذا التعريف تحت "معيار الأهمية السريرية"، الذي يلتقط البُعد المعياري للاعتلال الذهني: ما الذي يجعل تجمّعاً من الأعراض خللاً وظيفياً في مقابل السمة المعيارية. أما الجزء المتبقّي من الدليل فمخصّص معظمه للمعايير التشخيصية، التي توضّح الأعراض المميزة لمختلف الاضطرابات - أي "شكلها المصحوب بالأعراض". يجب استيفاء المعايير على حدٍ سواء لكي تُعتبر الحالة الذهنية اضطراباً ذهنياً. يُقرّ الـ DSM-5 بأنه لا يمكن التوصّل إلى صياغة مناسبة لحالة العميل وخطة علاج مسؤولة على أساس المؤشرات البيولوجية وحدها؛ بدلاً من ذلك، ينبغي مراعاة المخاطر البيئية والعوامل التكهّنية وكذلك العوامل التاريخية والثقافية. هذه القراءة الشاملة تجعل الـ DSM-5 يبدو أقرب إلى النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي من النموذج البيولوجي الطبي الأحادي-العامل، سأفترض، هنا، هذا التأويل المتعدد العوامل للاعتلال الذهني.

سأستخدم مصطلحيّ "الزبائن" و"مستخدمي الخدمة" لوصف أي شخص يستخدم أنظمة الصحة العقلية، التي تشمل مستشفيات الصحة العقلية، البرامج العلاجية، العلاج.

وللتبسيط، سأُشير في بعض الأحيان إلى رؤية تعزيز-القوة الفاعلة للمسؤولية بـ "AEV" والموقف الموضوعي بـ "OA". أخيراً، سأستخدم "مُسنِدات المسؤولية" و"المواقف التفاعلية" بشكل متبادل للإشارة إلى مواقف

الثناء، واللوم، والاستحسان، والاستياء، والإعجاب، والاستنكار الأخلاقية وغير الأخلاقية، والمواقف التقييمية ذات الصلة. (أناقش أدناه تشكّل المواقف التفاعلية على نحوٍ أكثر تحديداً)

المسؤولية وبند الاستبعاد الشامل: بيتر فريدريك ستراوسن

يفترض العديد من منظّري المسؤولية، أو يتكلمون كما لو، أنّ الاعتلال الذهني ينفي المسؤولية. فـ ب. ف. ستراوسن (1963)، على سبيل المثال، يحدد موقفين أخلاقيين يمكن أن نتخذهما تجاه البشر الآخرين: (1) "الموقف التشاركي"، نوظّف فيه المواقف التفاعلية تجاه زميل أعضاء-الجماعة الذي يمكننا أن نؤسس معه علاقات الثقة المتبادلة والالتزام المشترك، و(2) الـ OA، الذي من المفترض أن نتّخذه تجاه الفاعلين غير المسؤولين. تتضمن الفئة الثانية "غير الطبيعي نفسياً" و"القهري"، على حد تعبير ستراوسن. (سأستخدم مصطلحات المنظّرين سواء أن كنتُ مؤيداً لها أو لا، مع الإشارة إلى أنّ بعض هذه المصطلحات عفا عنها الزمن وغير حساسة.) عندما نفترض الـ OA، فإننا نُعامل الفاعل المستهدف على أنه "موضوع للسياسة الاجتماعية، والإدارة... والمعالجة، والسيطرة"، وكغريب عن "شبكة المشاعر والمواقف" التي تربط الناس سوية في المجتمع (Strawson 1963: 13). هذا يعني أنّ الـ OA يعمل على استبعاد الناس من المجتمع من خلال حرمانهم من منزلة عضو-من-الجماعة. إنّ الموقف التشاركي مناسبٌ للأعضاء من-الجماعة الفعليين أو المحتملين فقط. يضع ستراوسن الناس المعتلين ذهنياً في عالم "موضوعي" يستخدم المعالجة، والإدارة، والسيطرة كآليات للاستبعاد.

يعتمد كل من واتسون ومكينا على نظرية ستراوسن، مقترحين بعض المراجعات لكن مع الإبقاء على الفكرة الرئيسية المتمثلة في أنّ "شروط الإعفاء" تنطبق على "الأطفال" و"المصابين بالذهان" و"السوسيوبات [sociopath]" (Watson 2013: 119)، وكذلك على المتخلفين ذهنياً بشكل حاد

(كذا في الأصل)، والمجانين، وأولئك الذين يعانون من الأوهام المستفحلة، وما إلى ذلك (McKenna 2012: 76). يُشير هذا على ما يبدو إلى أنّ جميع هذه المجموعات تنتمي إلى الفئة الموضوعية، بصرف النظر عن الفروقات بين الفئات المختلفة للاعتلال الذهني والفروقات بين الأفراد ضمن كل فئة. إنّ الأشخاص الذين يتبنّون نموذجاً ستراوسنياً يرثون من ستراوسن عبء تفسير لماذا لا يتم تضمين الناس المصابين باضطرابات ذهنية، خاصة الاضطرابات الذهنية المهمة سريرياً التي تُضعف كفاءة الشخص التواصلية ورفاهه الانفعالي، بشكل جماعي ضمن نطاق الموقف الموضوعي. قد تتعارض خبراتنا مع فكرة أنّ هؤلاء الأفراد هم خارج نطاق امتناننا، واستحساننا، واستنكارنا، واستياءنا. إنّ هدفي هو تزويد الفلاسفة بالموارد اللازمة لتفادي هذا الاستبعاد الشامل، من خلال إظهار أنّ الانخراط العلاجي هو داخلي بالنسبة للموقف التشاركي.

في القسم التالي، أتقصّى التفسيرات المؤثرة بشأن المسؤولية بحثاً عن رؤية تتفادى تشويه ودمج الدعاوى حول الاعتلال الذهني. سأتناول ثلاث مرشّحات: رؤية الشخصية، ورؤية السيطرة، وAEV.

الشخصية، السيطرة، تعزيز القوة الفاعلة



نظرية الشخصية

إنّ نظرية الشخصية هي مقاربة مؤثرة للغاية لها جذور عند Harry Frankfurt (1969). يتمسّك منظّرو الشخصية الحديثين بأنّ الأشخاص مسؤولون عن الأفعال والإغفالات التي تصدر عن شخصيتهم (e.g., Arpaly 2015; Sher 2009; Smith 2005).

على الرغم من أنّ هناك اختلافات بين هؤلاء المنظّرين، إلا أنّ جميعهم يربط المسؤولية بسمات الذات العميقة للشخص- مجموعة أساسية من الحالات الفيسيولوجية العصبية المتكاملة. فعلى سبيل المثال، يرى شير أننا مسؤولون فقط

عن الأفعال التي تنشأ من المجموعة المتكاملة سببياً من "الحالات النفسية أو الفيسيولوجية" التي هي "من بين السمات المكوّنة للذات المعنية" (Sher 2009: 121). يشير هذا إلى أنّ "الذات المسؤولة" للشخص هي شبكة مترابطة بينياً من الحالات الفيسيولوجية العصبية التي تُتيح أنماطاً ثابتة من الفعل والفكر - أنماطاً تسمح لنا بتحديد الشخص كفرد فريد[2].

يبدو أنّ معيار الشخصية المستقرة يوحي أنه، من بين جميع فئات الاعتلال الذهني، فقط الأشخاص المصابين باضطرابات الشخصية يكونون مسؤولين عن اختياراتهم، لأنّ اضطراب الشخصية يتم تعريفه على أنه "نمط دائم من السلوك والخبرة الداخلية الذي... يكون مهيمناً وغير مرن...، ومستقراً مع مرور الوقت" (APA 2013: 646). في المقابل، تكون الاضطرابات ذات النوع-غير الشخصي عَرضية نسبياً، ودورية، وحساسة للموقف؛ فالاضطراب الثنائي القطب، على سبيل المثال، يتضمن دورات من النوبات الهَوسية، والهَوسية المخففة، والاكتئابية. في الواقع، يمكن أن تكون اضطرابات الشخصية أكثر استقراراً من العديد من سمات الشخصية المعيارية (مثل، الانطواء)، خاصة إذا ما تُركت من دون علاج. إلا أنّ الأشخاص المصابين باضطرابات الشخصية هم بالكاد حالات نموذجية عن المسؤولية! فالمسؤولية من المفترض عموماً أن تكون شيئاً يستحق الابتغاء، في حين أنّ اضطرابات الشخصية - التي تسبّب كرْباً وخللاً وظيفياً بحكم التعريف وفقاً لـ DSM-5 - غير مرغوب فيها بشكل خاص.

إعطاء اضطرابات الشخصية وضعاً خاصاً مع الإعفاء التام للأشخاص

---

(2) على أية حال، تجدر الإشارة إلى أنّ المرة الوحيدة التي ذكر فيها شير الاعتلال الذهني في كتابه، هي قوله إنّ نظريته يجب أن تؤخذ لإعفاء "المصابين بتخلف ذهني حاد والمجانين" من دون شرط (Sher 2009: 110). ربما كان يفكر فقط في الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات "سطحية" (مؤقتة). لكن إذا كان يعني إعفاء جميع أنواع الاضطرابات الذهنية، فإنه ملتزم بما يشبه بند الاستبعاد الشامل لستراوسن. كلتا المقاربتين عموميتان بشكل غير مقبول.

الذين يعانون من اضطرابات دورية وعرضية، علاوة على ذلك، المعاملة الغريبة للمجموعة الأولى على أنها مسؤولة رمزياً في حين معاملة المجموعة الثانية على أنها غير مسؤولة تماماً. تُعارض هذه الثنائية الإجماع العام المتمثل في أنّ الاضطرابات هي طيفية [أي مجموعة من الحالات]، بدلاً من تشكيل ثنائية أنيقة تفصل الناس الفاعلين عن غير الفاعلين.

تُعطينا هذه الاعتبارات سبباً وجيهاً لمناقشة المقاربات الأخرى.

نظرية السيطرة

إنّ البديل المهيمن المنافس لنظرية الشخصية هو "رؤية السيطرة"، التي أشاعها John Martin Fischer (2006, 2011). يرى فيشر أننا مسؤولون عن الأفعال التي تحت سيطرتنا في وقت الفعل، أو كانت قابلة للسيطرة قبل ذلك الوقت. تُعدّ هذه الرؤية "'تاريخيةً' بطريقة قوية" بمعنى أنها تسمح لنا بتتبّع المسؤولية إلى اللحظات التي تسبق الاختيار (Fischer 2006: 236). وبالتالي، قد يكون الشخص مسؤولاً عن طيشه أثناء سُكره إذا كان بإمكانه تفادي التسمم في المقام الأول، لكنه عذر الشخص الذي تتم إضافة الكحول خلسة إلى مشروبه في الحفلة.

تُوجّه هذه النظرية انتباهنا إلى الاعتبارات حول هل يمتلك الشخص السيطرة على تصرفاته والركائز الفيسيولوجية العصبية الخاصة به. على الرغم من أنّ فيشر (مثل شير) يقدِّم إشارات مباشرة قليلة إلى الاضطرابات الذهنية، تُشير نظريته إلى أنّ المسؤولية عن آثار الاضطراب الذهني تعتمد في النهاية على هل الحالات الفيسيولوجية العصبية ذات الصلة كانت قابلة للسيطرة في وقت الفعل أو قبل ذلك الوقت.

يُعدّ هذا المعيار جذّاباً بقدر ما يتقاطع مع الفئات التشخيصية والسريرية، نظراً لأننا يمكننا تقييم الحالات الفيسيولوجية العصبية على أساس السيطرة بغض النظر عن وضعهم الصحي العقلي. (على سبيل المثال، ما إذا كان امتلاك

الشخص المصاب بالفصام السيطرة على اختياراته يعتمد على الشكل النفسي الخاص به، وليس على الشكل المصحوب بالأعراض للفصام المأخوذ بشكل مجرّد.) إذن، تُعدّ السيطرة مرشّحاً جيداً ظاهرياً بالنسبة للمقاربة الخصوصية (الحساسة-للحالة) للاعتلال الذهني.

إنّ العقبة الرئيسية في رؤية السيطرة هي أنها عند التدقيق، تاريخية للغاية. فعند تقييم ما إذا كان الشخص مسؤولاً على أساس السيطرة، نكون معنيين فقط بدعم حالات الشخص في وقت الفعل وقبل ذلك الوقت. قد لا تكون هذه هي المقاربة الأفضل بالنظر إلى أنّ العديد من الاضطرابات ذات النوع غير الشخصي تتغيّر بدرجة كبيرة عبر الزمن والسياقات. فعلى سبيل المثال، يُظهِر الاضطراب الثنائي القطب دورات من النوبات الهَوسية، والهَوسية الخفيفة، والاكتئابية؛ والاكتئاب يمكن أن يحدث بعد الحمل (بعد الولادة) أو موسمياً (الاضطراب العاطفي الموسمي)؛ والقلق يمكن أن يتم تحفيزه بواسطة أحداث الحياة المجهدة والخسارة الشخصية. وهلم جراً.

يثير هذا بعض الأسئلة المهمة. إذا ارتكب الشخص تصرّفاً إشكالياً أثناء النوبة الهَوسية، هل يجب أن نُحمِّله المسؤولية على أساس أنه كان بإمكانه ممارسة المزيد من السيطرة على اختياراته في وقت الفعل أو قبله؟ ماذا لو كان الاضطراب قد دخل منذ ذلك الحين في حالة فتور، وكنّا في وضع يمكننا من إسناد المسؤولية بأثر رجعي؟ لا يبدو أنّ النقد بأثر رجعي للاضطراب الذي قد دخل منذ ذلك الحين في فترة فتور مفيد، وقد يكون في الواقع مؤذياً إذا كان الشخص حساساً للغاية للوم. (لاسيما وأنّ بعض الاضطرابات تسبِّب لوماً-ذاتياً مفرطاً وغير عقلاني - على سبيل المثال، اضطراب الكرْب ما بعد الصدمة واضطراب الفجيعة المعقد المستديم. لَوم الأشخاص المصابين بهذه الاضطرابات سيكون مانعاً-للعلاج.) بدلاً من ذلك، يمكننا إعفاء كل شخص يعاني من اضطراب دوري\نَوبي على أساس أنّ هذه المجموعات تفتقر إلى أي درجة من السيطرة من الأساس، لكن سنضطر عندئذ إلى العودة إلى الاستبعاد الشامل لهذه المجموعات .

وبالتالي، يستحق الأمر عناء البحث عن نظرية أكثر ملائمة للمسؤولية - يُفضَّل أن لا تُعفي مجموعات كاملة، ولا تلوم الأشخاص على آثار الحالات التي تتم معالجتها بشكل جيد حالياً.

قد يكون من المفيد هنا إلقاء نظرة على النماذج العلاجية للمسؤولية، خاصة إذا ما كنّا نبحث عن نظرية للمسؤولية تتوافق مع العلاج. يعتمد العلاج الحديث بشكل أساسي على النتائج: فهو يسعى إلى تسهيل نتائج العلاج الإيجابية على أساس الأدلة. وهذا هو السبب في أنّ الـ DSM-5 يتضمن معيار الأهمية السريرية، التي تلفت الانتباه إلى الهدف الإرشادي للطبيب المتمثل في استعادة أو تمكين الحدّ الأدنى من الأداء الاجتماعي والمهني.

لا يتناسب هذا الهدف بشكل جيد مع المقاربة التاريخية للمسؤولية، التي لا تُعطي الأولوية إلى النتائج، بل تقصر الاعتبارات ذات الصلة بالمسؤولية على الحالات عند زمن أو قبل زمن الفعل قيد النظر. على عكس توجيه النظر-للخلف هذا، عندما يقدّم الأطباء صيغة حالة سريرية، يأخذون بالحسبان التاريخ المرتبط بالعميل بالتزامن مع مجموعة من العوامل غير التاريخية، بما في ذلك "مخاوف التقديم" (حالة عقل العميل والأهداف العلاجية في وقت العرض السريري)، والعوامل الثقافية الحالية، والنُظم الاجتماعية، واستراتيجيات التدخّل المحتملة، وأي عوامل أخرى قد تساعد المعالِج على تعزيز رفاهية العميل (APA 2013: 19). تسبق هذه الاعتبارات بوضوح العوامل الماضية والحالية. وبالتالي، فإنّ نظرية المسؤولية المقيّدة زمنياً لا تتوافق مع الالتزامات المهنية للمعالِج.

يجب أن يكون النموذج الأكثر ملائمة للمعالِج الممارس المعاصر نموذجاً قائماً على النتائج.

رؤية تعزيز-القوة الفاعلة

خلاصة القول: نحن نبحث عن نموذج للمسؤولية يكون مقبولاً في السياقات العلاجية -نموذج لا يعتبِر مستخدمي الخدمة الحاليين غير مسؤولين

بشكل قاطع، ونموذج يحترم التوجّه القائم-على النتائج للعلاج الحديث. والمرشّح الجيد هو AEV لـ فارغاس[3]. وفق رؤية فارغاس، تتلاءم مُسنِدات المسؤولية إذا كانت ذلك النوع من المواقف الذي من المحتمل أن يُعزز القوة الفاعلة في أفراد المجتمع. تكمن ميزة هذه الرؤية بالنسبة لأهدافنا في أنها قائمة على النتائج، بمعنى أنها تسعى إلى تعزيز "الشكل (الأشكال) القيّم\ة للقوة الفاعلة" (Vargas 2013: 173)، وهذا يتوافق مع أهداف النماذج العلاجية المعاصرة. ومن المثير للاهتمام، أنّ رؤية فارغاس يمكن اعتبارها تفسّر جميع مُسنِدات المسؤولية المتلائمة على أنها علاجية بالأساس، بقدر ما يجب أن تعمل على تعزيز القوة الفاعلة للفرد المستهدف - وإلا فهي غير مسوّغة وغير مقبولة.

يهدم هذا التصور "الوظيفي" للمواقف التفاعلية قسمة العلاج-المسؤولية المفترضة من قِبل ستراوسن، ليس فقط عن طريق دمج الثناء واللوم في السياقات العلاجية، بل من خلال تعريف الثناء واللوم على أنهما علاجيان بالأساس. نظراً لأنّ مُسنِدات المسؤولية تمتلك نفس الظروف الملائمة والوظيفة الأساسية للعلاج (أي تعزيز القوة الفاعلة)، فإنه يترتّب على ذلك أنّ مُسنِدات المسؤولية مسموح بها في العلاج. لا يقول فارغاس صراحةً أنّ الثناء واللوم هما من المواقف العلاجية، لكنني أعتبر هذه قراءةً معقولة لرؤيته، وقراءة تستوعب المقاربة الخصوصية للاعتلال الذهني التي نسعى وراءها[4].

(3) على الرغم من أنّ فارغاس يصف AEV بأنها "تركيبية" وتتوافق مع أُطر أخلاقية متعددة، إلا أنّ Victoria McGeer (2015) تُشير على نحوٍ صحيح إلى أنه من الصعب تخيّل كيف يمكن أن تكون AEV متوافقة مع إطار أخلاقي واجبي (غير عواقبي). سأفترض ببساطة أنّ AEV هي مقاربة عواقبية [تقوم على التبعات أو العواقب] تهدف إلى تعزيز أداء القوة الفاعلة.

(4) يقدّم Caruso (2016) على نحو مماثل مقاربة ("الصحة العامة") العلاجية للمسؤولية، إلا أنّ رؤية كاروسو تختلف عن رؤيتي في التفاصيل.

تتعارض فكرة أنّ العلاج يمكن أن يتضمن الثناء واللوم مع المعتقد الفلسفي القديم، الذي (ربما) غير واضح في أي مكان كما هو واضح في رؤية ستراوسن المتمثلة في أنّ العلاج هو شكل من الـ OA، إلى جانب تقنيات "الإشراف" و"السيطرة". في المقابل، تعمل المواقف التفاعلية من الثناء واللوم في فضاء "الموقف التشاركي"، الذي يقوّي روابطنا الاجتماعية.

بالنسبة لستراوسن، يعمل الـ OA على معالجة الأشخاص غير الحساسين لمعايير وممارسات المجتمع العام وإدارتهم والسيطرة عليهم، لكنّ الـ OA يُوصَف أيضاً من قِبل ستراوسن بأنه آلية لاستبعاد الأفراد غير المستجيبين من المجتمع. أي أنّ الـ OA يقوم بوظيفتين تتمثلان في استبعاد الناس من جهة، ومعالجة الأشخاص وإدارتهم والسيطرة عليهم من جهة أخرى. لا يمكن التوفيق بسهولة بين هذه الوظائف إذا ما فكرنا في العلاج بعبارات محورها-العميل، على نحو يُقصَد منه مساعدة الفاعل على السعي وراء المهنة وتنمية علاقات هادفة. وبالتالي، فإنّ المقاربة الحديثة للعلاج تتعارض تماماً مع غرض ستراوسن المتصوَّر للمعالجة باعتبارها آلية للسيطرة على الناس وإدارتهم وعزلهم لحماية المجتمع العام. في حين أنه ليس من الصعب معرفة سبب وجوب احتجاز المجرمين العنيفين وإدارتهم من أجل مصلحة المجتمع، إلا أنّ هذه المعالجة غير مناسبة للغالبية العظمى من مستخدمي خدمات الصحة العقلية. لذلك، نحن بحاجة إلى فصل آليات المعالجة عن آليات السيطرة والإدارة، لأنّ الفئتين لا تخدمان نفس الأغراض في مجتمعنا. (ومع ذلك، يمكن دمج العلاج في أنظمة السجون).

لماذا يتعين على ستراوسن التفكير في العلاج على أنه OA؟ ربما وضعَ في اعتباره فكرة ميشيل فوكو عن العلاج كما تمّت ممارسته في مصحّات حقبة ما قبل العصر الحديث، حيث كانت تعمل المصحّات كآليات للتأديب والعقاب، تمّ تصميمها للسيطرة على المصابين باعتلالات ذهنية وإدارتهم إلى جانب مجموعات مجتمعية أخرى تعاني من الوصمة. بيدَ أنّ هذه الممارسات يتم

تمييزها الآن باعتبارها انتهاكات لحقوق الإنسان ويُمنعَ استخدامها. يسعى العلاج الحديث، في تناقض صارخ مع مصحّات ما قبل العصر الحديث، بشكل مثالي إلى احترام كرامة الناس واستقلاليتهم.

من الممكن أيضاً أنه لم يكن في اعتبار ستراوسن إلا الأنماط غير الفعالة من العلاج، مثل العقاقير الدوائية التي تعمل بشكل سلبي على دماغ العميل من دون تدخّله الواعي؛ لكنّ هذا مجرّد نوع واحد من طرق المعالجة، ومن المفترض أن يتم تقديمه في سياق العلاقة الديناميكية بين العميل والمعالِج. تُدرك مبادئ العلاج الحديث أنه إذا كان الفاعل قادراً على البَتّ، فإنّ موافقة الفاعل وتعاونه ضروريان لفاعلية أي طريقة علاجية.

هذا يعني أنّ العلاج كما يُستخدم في العصر الحديث يجب أن يندرج ضمن الموقف التشاركي، لا ضمن الـ OA، لأنّ العلاج الحديث يهدف إلى تعزيز القوة الفاعلة ودمج العملاء في مجتمعاتهم، لا استبعادهم و"إدارتهم".

يمكننا مراجعة مفهوم ستراوسن عن المواقف التفاعلية ليتناسب مع المبادئ الحديثة للعلاج من خلال منح هذه المواقف أساساً تسويغياً على غرار فارغاس، أي من خلال إعادة تصورها على أنها مسوّغة بسبب ميلها إلى تعزيز القوة الفاعلة. وفق هذه الرؤية الهجينة، إنّ المواقف التفاعلية هي استجابات مناسِبة إلى مستخدمي الخدمة المستجيبين-للمعالجة، أي جميع مستخدمي الخدمة تقريباً. (قد يكون الأشخاص غير القادرين على البَتّ حالةً حدّية، لأنه من الممكن إخضاعهم إلى معالجة غير طوعية بموجب القانون، على الرغم من أنّ هذه المجموعة لازال بإمكانها الاحتفاظ بالسيطرة على مجموعة من الخيارات غير التافهة).

في القسم التالي، أُناقش كيف أنّ المقاربة الهجينة تسمح لنا بتكييف المواقف التفاعلية مع المظهر النفسي الفريد للشخص، رافضاً مقاربة القياس الواحد-الذي-يناسب-الجميع التي أوجبتها بعض الرؤى الأخرى (خاصة نظرية الشخصية).

الستراوسنية الوظيفانية

كيف تتوافق الـ AEV مع صورة ستراوسن عن المواقف التفاعلية؟

إنّ المواقف التفاعلية النموذجية الموصوفة من قِبل ستراوسن (1963) في ورقته المعروفة هي "مشاعر الامتنان، والاستياء، والغفران، والحب، والأذى"، لكنّ تركيز الورقة المعنونة بـ "الحرية والاستياء"، كان بشكل واضح على الاستياء وغيره من المواقف التفاعلية "السلبية". في الواقع، لقد كانت المواقف التفاعلية السلبية محور اهتمام معظم الفلاسفة، الذين يميلون إلى تهميش المواقف التفاعلية الإيجابية. فعلى سبيل المثال، تركّز Susan Wolf (2011) على الغضب، وتؤكد Macalaster Bell (2013a, b) على المواقف العدائية والازدرائية. ويعتقد البعض، مثل Sher (2009)، بأنّ اللوم والثناء لهما شروط تسويغية مختلفة، خلافاً للصورة التكاملية لستراوسن.

على أية حال، ليس من الصعب رؤية كيف يمكن أن تتلاءم المواقف السلبية والإيجابية سوية في مجموعة شاملة من "الممارسات الاجتماعية" (Strawson 1963) - أو "نظام مسؤولية" مشترك (Vargas 2013: 6) - التي تعمل على تعزيز القوة الفاعلة لأعضائها من خلال عملية تكافؤ المواقف المختلفة. قد يكون الثناء مناسباً للأشخاص الذين يعانون من ضعف في حساسية-الثناء (مثل، تدنّي احترام-الذات)، في حين قد يكون اللوم مناسباً للأشخاص الذين يعانون من ضعف في حساسية-اللوم (مثل، النرجسية). بتعبير أدق، قد يكون الثناء واللوم وجهين لعملة واحدة، أو جزأين لنفس النظام، يعملان معاً لتسهيل توازن المواقف الإيجابية والسلبية تجاه الذات في الفاعل المستهدف، وتصحيح الاختلالات النفسية.

إذا كانت مُسنِدات المسؤولية سلبية حصراً، أو حتى سلبية بالأساس، فقد يميل المرء إلى الاعتقاد بأنّ المواقف التفاعلية "غير ملائمة أبداً أثناء العلاج"، كما يقول Mike W. Martin عن اللوم والثناء الأخلاقيين، إلى جانب كل "اللغة الأخلاقية الصريحة" (2012: 39). إنّ مارتن محق في أنّ اللوم قد يكون مؤذياً

للعديد من مستخدمي الخدمة، بالنظر إلى أنّ الاعتلال الذهني موصوم [مشجوب] على نطاق واسع وقد يُفاقم اللوم من آثار هذا الوَصْم. لكن حتى لو سلمّنا أنه يتعين على المعالجين تعليق اللوم تجاه مستخدمي الخدمة، فمن الصعب العثور على مبرر عقلاني لتعليق الثناء أيضاً. إذا كان الثناء مقبولاً في العلاج، فإنّ المواقف التفاعلية (التي تتضمن الثناء) تكون مقبولة.

من المؤكد أنّ أفضل مقاربة هي المقاربة الدقيقة التي تستجيب لحالات ذهنية معينة لمستخدم الخدمة. تتميّز بعض الاضطرابات الذهنية بتضمّنها لأعراض لوم-الذات: على سبيل المثال، يتضمن **اضطراب الفجيعة المعقّد المستديم** "تقييمات سيئة التكيّف للذات فيما يتعلق بالمتوفى أو الموت، على سبيل المثال لوم-الذات" (APA 2013: 790). لن يكون اللوم علاجياً لهذا العَرض، على الرغم من أنّ الثناء قد يكون علاجياً. وتتضمن الاضطرابات الأخرى ثناءً فائقاً على الذات: على سبيل المثال، الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية النرجسية "عادة ما يرغبون في الثناء على تفوقهم" (APA 2013: 669). لن يكون الثناء علاجياً لهذا العَرض، لكنّ اللوم قد يكون مفيداً. وعليه، في ضوء المظهر المصحوب بالأعراض للاضطرابات الذهنية، فإنّ فكرة أنّ الثناء واللوم ليس لهما قيمة علاجية هي ببساطة ليست فكرةً ذات مصداقية.

حتى الآن، تُظهِر هذه الاعتبارات أنّ اللوم والثناء قد يكونان مناسبين في سياقات علاجية، اعتماداً على الأعراض المحددة للعميل. هذا الاقتراح الأول متواضع نسبياً، ومن المرجّح أن يتم قبوله من قِبل العديد من الفلاسفة المعاصرين. لكنني أودّ كذلك تقديم ادعاء أقوى: إنّ "الانخراط العلاجي" – طُرق المعالِج في التعامل مع العميل – يمكن أن يُشكّل نوعاً مميزاً من المواقف التفاعلية إلى جانب تلك التي ذكرها ستراوسن.

إنّ فكرة أننا يمكن أن نوسّع الكتالوج الأصلي للمواقف التفاعلية عند ستراوسن ليست جديدة. تصف Victoria McGeer (2008) الثقة الحقيقية على أنها نوع من المواقف التفاعلية، على الرغم من أنها لا تظهر في مقالات ستراوسن.

تعمل الثقة الحقيقية على تعزيز فعالية-الذات للموثوق به [trustee]، وهي مسوّغة حتى أمام أدلة أنّ الموثوق به قد لا يكون قادراً على الارتقاء إلى مستوى ثقة الواثق [trustor]. أي أنّ الثقة الحقيقية هي "غير عقلانية" بمعنى أنها تتجاهل الأدلة المتعلقة بقدرات الموثوق به، لكنها مع ذلك مسوّغة بميلها إلى زيادة فعالية-الذات واحترام-الذات للموثوق به. يخاطر الواثق، إلى حدٍ ما، في الاستثمار في الموثوق به. لا تُعدّ الثقة الحقيقية مسوّغة من خلال التقييم العقلاني، بل من خلال الأمل في أنّ الاستثمار الشخصي سيقوّي الموثوق به.

تشبه الثقة الحقيقية **الانخراط العلاجي** من جهة أنها موقف عن استثمار داعم في شخص آخر، يُراد منه تعزيز القوة الفاعلة لذلك الشخص. على أية حال، لا تُعدّ الثقة الحقيقية متطابقة مع الانخراط العلاجي أو قابلة للاختزال إليه، لأنها تمتلك ميزات فريدة - محتويات انفعالية ومعرفية ودلالية فريدة. قد يستثمر الواثق في شخص ما، على سبيل المثال، من خلال كفالته للحصول على وظيفة ما، أو مساعدته في تحضير الموجز، أو تقديم نصيحة مهنية مفيدة. ليس هذا ما يقوم به المعالِج، ولا ما يقوم به "الموافق" أو "المادح" العام؛ إنّ الثقة الحقيقية مختلفة عن هذه المواقف التفاعلية الأخرى، وهي في الواقع فريدة من نوعها في محتوياتها المحددة. ومع ذلك فهي نوع من المواقف التفاعلية لأنها تعمل على تعزيز القوة الفاعلة.

وبالمثل، إنّ الانخراط العلاجي هو موقف تشاركي يعمل على تعزيز القوة الفاعلة في المتلقّي، إلا أنّ المعالِج ليس الواثق، أو المادح، أو الموافق. ولفهم مدى اختلاف الثقة الحقيقية والعلاج عن بعضهما البعض وعن المواقف التفاعلية الأخرى، سيكون من المفيد أولاً توضيح ما هو الموقف التفاعلي. ومن ثمّ يمكننا النظر فيما يميّز كل نوع من المواقف.

لم يُعرِّف ستراوسن المواقف التفاعلية بشكل واضح، لذا قدّم العلماء اللاحقون مقترحاتهم الخاصة. هنالك ثلاث مقاربات رئيسية. ترى المقاربة الأولى أنّ المواقف التفاعلية تمتلك "محتويات معرفية" فقط، بمعنى أنها أحكام

نزيهة عن الحالات الذهنية للفاعل المستهدف أو عن ملاءمة تفاعل معين (Zimmerman 1988; Haji 1998). ترى المقاربة الثانية أنّ المواقف التفاعلية تحتوي على محتويات معرفية وانفعالية - أحكام عن الفاعل المستهدف مع مشاعر إيجابية أو سلبية مقابلة (Wallace 1994). وترى المقاربة الثالثة أنّ المواقف التفاعلية تحتوي على محتويات انفعالية أو إدراكية حسية فقط، لا أحكام (McGeer 2008). توفّر جميع هذه المقاربات معايير فردية. وبدلاً من الاختيار من بينها، سأُظهِر ببساطة أنّ كل من هذه المقاربات تُتيح لنا تحديد الانخراط العلاجي باعتباره نوعاً مميزاً من المواقف، مما يسمح لنا بتوسيع مجال المواقف التفاعلية في العلاج.

عند السماح للمحتويات المعرفية و\أو الانفعالية للمواقف التفاعلية بأن تكون هي ما يميّزها كحالات مختلفة، يمكننا القول إنّ الثناء ينطوي على حكم يفيد أنّ المخاطَب يستحق الثناء، و\أو الانفعال الإيجابي المقابل؛ وينطوي اللوم على حكم التوبيخ و\أو الانفعال السلبي المقابل؛ وتنطوي الثقة الحقيقية على حكم يُفيد أنّ الشخص يستحق الثقة، و\أو موقفاً من التفاؤل والاستثمار. وهكذا بالنسبة للمواقف الأخرى. تمتلك هذه المواقف أيضاً أنماطاً مميزة من التعبير. فالثناء قد يتم التعبير عنه في عبارة "عملٌ جيد"، في حين قد يتم التعبير عن الثقة الحقيقية في عبارة "سأكون سعيداً باستشارتك بشأن هذه الوظيفة". وهكذا، يمكن تمييز هذه المواقف على أنها أنواع مختلفة من خلال محتوياتها المعرفية و\أو الانفعالية، بالإضافة إلى أنماطها المميزة من التعبير أو محتوياتها الدلالية.

ماذا بشأن الانخراط العلاجي؟ قد يتفاعل المعالِج مع العميل من خلال قول، "إنك تُحرز تقدّماً جيداً في سجل العلاج السلوكي المعرفي (CBT) الخاص بك"، أو "لماذا توقفّت عن الحضور إلى جلسات الـ CBT الجماعية؟" تشبه هذه الأفعال الكلامية الثناء واللوم، لكنها تحتوي على إشارات علاجية فريدة من نوعها بالنسبة للبيئة العلاجية. فالمعالِج هو في موضع يمكّنه من الثناء

على العميل على خيارته التي لها صلة بالعلاج ولومه على تجاوزاته التي لها صلة بالعلاج (وإلى تلقّي اللوم والثناء على خيارته الخاصة باعتباره معالِجاً). وهكذا، يمتلك موقف "الانخراط العلاجي" محتويات معرفية و\أو انفعالية، وكذلك دلالية، لها صلة بالعلاج وفريدة من نوعها.

يحتوي هذا الموقف أيضاً على مصدر فريد من نوعه للتسويغ أو التخويل العملي، ألا وهو التحالف العلاجي بين المعالِج والعميل. يُعرِّف Duff Waring التحالف العلاجي على أنه "**علاقة بين-شخصية داعمة** بين المعالِج المُدرَّب والمريض، حيث يتم استخدام المحادثة المنطوقة للتشجيع على إيصال المعارضات وعلى تطوير تبصّر المريض في الدوافع وراء الأنماط الإشكالية لفكره وسلوكه" (2016: 1، اللون الغامق ليس في الأصل). تجدر الإشارة إلى أنّ هذه العلاقة هي علاقة بين-شخصية مع جميع الميزات المحددة للموقف التشاركي، ولا تحتوي على الميزات المحددة لـ OA. يؤسس التحالف العلاجي علاقات التخويل المتبادل بين المعالِج والعميل، مما يمكّن المشاركين من تحميل بعضهم البعض بشكل مخوَّل مسؤولية اختياراتهم وتصرفاتهم أثناء العلاج. يمكن عزو فكرة أنّ العلاقات تؤسس التخويل العملي إلى Darwall (2006)، الذي يعتبر المسؤولية مرتبطة-بالفاعل. ووفقاً لذلك، فإنّ الانخراط العلاجي هو **موقف مرتبط-بالعميل**، ومسوَّغ بالعلاقة المتبادلة معه.

بالإضافة إلى ذلك، قد يمتلك المعالِج ميلاً عاطفياً خاصاً تجاه العميل، يتميز برؤيته للعميل على أنه، قبل كل شيء، عضو في التحالف العلاجي. يسمح هذا للمعالِج بإلغاء أو تجاهل خيارات العميل وخصائصه البعيدة الصلة علاجياً (على الأقل مؤقتاً)، بما في ذلك أي عيوب أخلاقية لا ترتبط مباشرة بخطة علاج العميل. لكنّ هذا لا يعني أنّ العلاج، كما يقول ستراوسن، نوعٌ من الـ OA: إنه ببساطة نوع فريد من المواقف التفاعلية التي تُعطي الأولوية للأهداف العلاجية.

لا يزال يعمل العلاج على تعزيز القوة الفاعلة الأكثر عمومية للعميل، بما

في ذلك القوة الأخلاقية في العديد من الحالات - خاصة عندما تكون الأعراض إشكالية من الناحية الأخلاقية. فعلى سبيل المثال، يميل اضطراب العدوانية المتقطّعة إلى تسبيب عدوان لفظي، وتقريعات، وشجارات، وهيجان، وعدوان جسدي، وإتلاف وتدمير للممتلكات (APA 2013: 466). عندما تعالج التدخّلات العلاجية هذه الاعراض، فإنها أيضاً من خلال نفس الطريقة تعالج المظاهر المعاكسة-للأخلاق لهذه الأعراض. وهكذا، في حين أنّ الانخراط العلاجي يمكن أن يتضمن تعليق بعض المواقف التفاعلية، إلا أنه ليس غير متوافق مع هذه المواقف. حيث يتضمن، على وجه التحديد، تعليق بعض ردود الأفعال لتعزيز نوع أكثر أساسية من القوة الفاعلة. قد تبقى ردود الفعل الأخلاقية مناسبة في السياقات غير العلاجية وربما في مرحلة لاحقة من العلاج.

يمكن اعتبار العلاج على أنه استجابة مناسبة - في بعض الأحيان، ربما، الاستجابة الفعالة الوحيدة - للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات ذهنية تُضعِف حساسيتهم للمواقف التفاعلية الأخرى. وبدلاً من معاملة هؤلاء الأفراد على أنهم غير مسؤولين يمكننا اعتبارهم مسؤولين عن استخدام موارد الصحة العقلية وممارسة السيطرة على خطة علاجهم من أجل تحقيق الأداء الأساسي. قد تمكّنهم هذه الاختيارات من أن يُصبِحوا أكثر حساسية للمواقف التفاعلية الأخرى فيما بعد.

تُظهِر هذه الملاحظات أنّ التحالف العلاجي يمتلك محتويات دلالية ومعرفية و\أو انفعالية فريدة، ونوعاً خاصاً من التخويل العملي متجذّراً فيه. يتحمّل العملاء والمعالجون بشكل عام مسؤولية (باستثناء الظروف الملطّفة الخاصة) الخيارات التي يتخذونها في سياق هذه العلاقة.

في القسم التالي، أختم المناقشة من خلال استكشاف كيف يمكننا التعبير عن المواقف التفاعلية تجاه مستخدمي الخدمة بطريقة خصوصية مناسِبة (حساسة-للحالة) -طريقة تحترم الظروف والسمات الشخصية الفريدة للفرد، بدلاً من اختزال الشخص إلى الصورة النمطية "عن الجنون".

العلاج باعتباره موقفاً تفاعلياً: الرؤية الخصوصياتية

هنالك نوعان من الاعتبارات التي يتعين علينا مراعاتها عند تقييم مسؤولية مستخدمي الخدمة: (1) **اعتبارات عامة** حول نوع الاضطراب الذهني لدى الشخص واستجابته-للعلاج، (2) **اعتبارات محددة** حول دور الاضطراب في المظهر النفسي للشخص وعلاقته ببيئة الشخص. يوصي الـ DSM-5 بهذه المقاربة، إلا أنها تُعدّ أيضاً أفضل طريقة للتفاعل مع الشخص كمستخدم للخدمة وككائن بشري فريد من نوعه على حد سواء.

الاعتبارات العامة

بداية، عند تقييم شخص ما في ضوء الاضطراب الذهني، يجب أن نأخذ بالاعتبار الأعراض المميزة للاضطراب ومعدلات الاستجابة العامة للعلاج. إنّ الاستجابة-للعلاج لها صلة بالموضوع لأنّ الـ AEV تعامل المسؤولية باعتبارها مسألة استجابة للمواقف التفاعلية، بما في ذلك للمعالجة (وفق قراءتي). وهكذا، إذا كان الاضطراب الذهني مستجيباً لطريقة علاج معينة، فيمكن اعتبار الشخص للوهلة الأولى مسؤولاً عن استخدام أو الفشل في استخدام تلك الطريقة. (هذا حكم مبدئي فحسب لأننا مازلنا بحاجة إلى النظر في سمات الفرد.)

لتوضيح عملية التقييم العام، دعونا ننظر في اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (ASPD). إنّ ASPD أحد أكثر الاضطرابات المقاوِمة-للعلاج في الـ DSM-5، على الرغم من إمكانية استخدام المضادات الذهانية ومثبّتات الحالة المزاجية للسيطرة على الميزات العدوانية والاندفاعية لـ ASPD (Coccaro & Kavussi 1997; Walker et al. 2003). إضافة إلى ذلك، أسفرت برامج معالجة المرضى السكنية والإقامة داخل المستشفى مع البيئات المنظّمة والعلاج المعرفي

عن بعض النتائج الإيجابية (Davidson & Tyer 1996 Dolan et al. 1997). يشير هذا إلى أنّ الناس المصابين بـ ASPD يمكن تحميلهم المسؤولية من قِبل أعضاء المجتمع العاديين فيما يتعلق بالبحث عن العلاج للميزات المستجيبة-للعلاج من اضطرابهم (إذا كان العلاج متاحاً)، ويمكن تحميلهم المسؤولية من قِبل المعالجين فيما يتعلق باختياراتهم المرتبطة-بالعلاج. لقد قلت "إذا كان العلاج متاحاً" لأنه في بعض الولايات لا تكون الصحة العقلية مدعومة من قِبل الحكومة، مما قد يجعل المعالجة غير ممكنة الوصول من قِبل المجموعات المنخفضة الدخل. في هذه الحالات، يجب أن نعلّق المواقف التفاعلية ونعتبر الشخص غير مسؤول ظرفياً. لا يعني هذا أنّ الشخص غير قادر على التصرّف بمسؤولية، بل إنّ مسؤوليته تم قمعها أو أنه غير قادر على الكون فعالاً بسبب أنظمة الظلم وعدم المساواة.

تجدر الإشارة إلى أنّ ASPD يماثل على نحو ذي صلة الاضطراب النفسي غير المدرج في الـ DSM-5: الاعتلال النفسي [السيكوباتية]، كما تُحدده قائمة تدقيق روبرت هير للاعتلال النفسي (PCL-R). على أية حال، إنّ الاعتلال النفسي عتبة سلوكه المعادي للمجتمع أعلى، ويتضمن التفنن الإجرامي، وإدانة الأحداث [القُصَّر]، وخرق الإفراج الجنائي (Hare 1990). تهدف المعايير التشخيصية لهير إلى تحديد الشريحة الأكثر عنفاً من نُزلاء السجون، وأولئك الذين من المرجّح أن ينتكسوا [يكرروا الفعل الإجرامي]. يُظهِر الأشخاص الذين يستوفون معايير الاعتلال النفسي أنهم يقاومون العلاج بدرجة كبيرة: تميل نتائج علاجهم إما إلى عدم حدوث اختلاف أو إلى الأسوء (Hare 1999: 198-200; Rice, Harris, & Cormier 1992). ويميلون أيضاً إلى الإخلال بجلسات العلاج ومنع استفادة الكثير من المجموعات التي يمكن علاجها (Babiak & Hare 2006: 249; Hare 1999: 94). ولذلك يوصي هير بعدم معالجة المعتلين نفسياً [السيكوباتيين]، بل بدلاً من ذلك، يتم حبسهم لأطول فترة ممكنة لحماية العامة. في حين أنّ المعتلين نفسياً (لحسن الحظ) يُشكّلون نسبة صغيرة جداً من البشر - ربما منخفضة إلى 1% - إلا أنهم يشكّلون حوالي 20 بالمائة من نزلاء السجون في

الولايات المتحدة، وهم مسؤولون عن أكثر الجرائم عنفاً (Hare 1993: 87)[5]. يُشير هذا إلى أنه قد يكون من المناسب تبنّي الـ OA تجاه المعتلين نفسياً كمجموعة لأنهم لا يستجيبون إلى أي علاج معروف ويبدو أنهم غير قادرين على الدخول في علاقات متبادلة مع الآخرين. وعليه، قد تكون هناك أسباب لاعتماد استثناء قاطع للمعتلين نفسياً. على الرغم من أنّ هذا يتعارض مع النزعة الخصوصياتية القوية، إلا أنه ينطبق على شريحة صغيرة جداً من عامة السكان ويتم تسويغه على أساس الأبحاث حول معدلات الاستجابة عند المعتلين نفسياً.

لحسن الحظ، جميع الاضطرابات الذهنية الأخرى أكثر استجابة للعلاج من الاعتلال النفسي، وأيضاً ASPD. فعلى سبيل المثال، يستجيب اضطراب الاكتئاب الرئيسي للعلاج السلوكي المعرفي، والعلاج بين-الشخصي، والعلاج الديناميكي النفسي، وبراج العمل، وأدوية مضادات الاكتئاب في الدراسات السريرية، على الرغم من أنّ فعالية هذه الطرق تعتمد على شخصية الفرد: على سبيل المثال، معدل الاستجابة للعلاج السلوكي المعرفي عند المراهقين أعلى عند أولئك الذين يتمتعون بأكثر عقلانية ويأس وقلق أقل (Clarke et al. 1992; Smith et al. 2009). تؤكد معدلات الاستجابة المتفاوتة بين مختلف المجموعات الفرعية على أنّ الانخراط العلاجي يُناسِب الأشخاص المصابين بالاكتئاب لكن يجب أن يكون حساساً لسمات الشخصية والتفاعل بين الشخصي والتدخّلات العلاجية.

والزبدة هي أنّ جميع الاضطرابات الذهنية المدرجة في الـ DSM-5 هي على الأقل مستجيبة-للعلاج إلى حدٍ ما ولذلك فهي أهداف ملائمة للمواقف التفاعلية، لكنّ هذه المواقف يجب أن تكون حساسة لمعدلات الاستجابة السريرية والمظهر الذاتي للفاعل.

---

(5) أنا أستخدم تعريف هير العاطفي-السلوكي للاعتلال النفسي، وهو واحد فقط من بين العديد من التصنيفات التشخيصية. تعليقاتي هنا لا تنطبق على التعريفات البديلة للاعتلال النفسي.

الاعتبارات المحددة

يجب أن يكون واضحاً حتى الآن أنّ الاعتبارات العامة حول مظهر الاضطراب الذهني ومعدلات الاستجابة لا تحسم مسألة حالة المسؤولية لمستخدمي الخدمة. نحتاج أيضاً إلى مراعاة شخصية الفرد وظروفه.

أولاً، نحتاج إلى تقييم دور الاضطراب في الادخار التحفيزي للشخص: ما مدى قوة تأثيره على الشخص؟ هل الاضطراب عَرضي أم مستمر؟ هل له محفّزات يمكن التنبؤ بها، وهل يمكن تفادي هذه المحفّزات أو إعادة تقييمها معرفياً؟ وهلم جراً.

ثانياً، يجب أن نأخذ بعين الاعتبار الظروف الخارجية للفاعل. وهذا الطرف من المعادلة لا يمكن التركيز عليه بما فيه الكفاية، لا سيما وأنه مستبعد من النموذج البيولوجي الطبي. ومع ذلك، هنالك الآن إجماع عام متمثل في أنّ التفسير الأحادي-العامل للاعتلال الذهني مُعيب تجريبياً ومضاد-للعلاج. هذا هو السبب في أنّ النسخة الأخيرة من الـ DSM-5 تتضمن الإحالة إلى المخاطر البيئية والعوامل التكهنية، والأبعاد الثقافية، والاعتبارات التنموية والمتعلقة بفترة الحياة. ومع ذلك، ما تزال قائمةً مبتورة من العوامل البيئية، حيث تترك العديد من المتغيرات الدقيقة وغير المقدّرة بما فيه الكفاية، بما في ذلك بعض المتغيرات التي لم ترَ النور إلا حديثاً. فقد وجد الباحثون، على سبيل المثال، أنّ الفصام أكثر انتشاراً في المملكة المتحدة بين الطبقة الاجتماعية الدنيا من الأشخاص البيض الأصليين ومجموعات المهاجرين السود (Cooper 2005). وهذا يدعم "فرضية التسبيب الاجتماعي" - فكرة مفادها أنّ العوامل الاجتماعية مشترِكة بشكل سببي قوي في الاضطرابات الذهنية (Cooper 2005: 361). باختصار، تُعدّ الحالة الاقتصادية الاجتماعية المنخفضة (low SES) وحالة المهاجرين مرتبطتين بتفسير الاضطرابات الذهنية (على الرغم من أنهما غير مذكورتين في الـ DSM-5). وبما أنّ هذه العوامل تؤثر على الاستجابة-للأسباب في هذه المجموعات، فإنها ترتبط بتقييم المسؤولية.

في القسم السابق، قلتُ ما إذا كان الشخص مسؤولاً عن أعراض ASPD فإنّ ذلك يعتمد جزئياً على هل الشخص قادر على الوصول إلى طرق العلاج الفعالة. وهذا قَيد بيئي على المسؤولية: لا يكون الأشخاص مسؤولين عن الاضطرابات المستجيبة-للعلاج عندما لا يكون العلاج خياراً حيّاً لهم. وبالمثل، يمكن لعوامل الخطر البيئية، مثل الحالة الاجتماعية الاقتصادية المنخفضة، أن تخفف أو تعلّق مسؤولية الشخص. قد يؤدي التقاء عوامل الخطر البيئية سوية مع الافتقار إلى الوصول إلى خدمات الصحة العقلية إلى إبطال سيطرة الشخص على اضطرابه الذهني بشكل تام -على الرغم من أنه ما يزال يسيطر على مجموعة فرعية من الاختيارات غير المتأثرة بالاضطراب. ربما الأهم من ذلك، أنّ الشخص يبقى قادراً على ممارسة السيطرة على اضطرابه، إذا تمّ تزويده بموارد علاجية مناسبة. إنّ مسؤوليته، بعبارة أخرى، خاملة، وليست غير موجودة. هذا السيناريو المؤسف أكثر احتمالاً في أماكن مثل الولايات المتحدة، التي هي مستقطَبة اقتصادياً وتفتقر إلى الرعاية الصحية (العقلية) الكليّة، مقارنة بثقافات أكثر مساواة.

في حالات المسؤولية "الخاملة"، هل ليس هنالك أحد مسؤول؟ هنالك حجة مفادها أنه يمكن تحميل المسؤولبن السياسين مسؤولية الفشل في التخفيف من عوامل الخطر الاجتماعية في دوائرهم الانتخابية، والفشل في توفير الوصول إلى موارد الصحة العقلية للناخبين. يسمح لنا هذا بإلقاء اللوم على السياسيين بشأن ارتفاع حالات الاعتلال الذهني في دوائرهم الانتخابية والحوادث المعينة من الاعتلال الذهني الناجمة عن الحرمان الاقتصادي الاجتماعي. بعبارة أخرى، عندما تُبطِل العوامل الظرفية مسؤولية الشخص، يمكننا تحميل المسؤولين السياسيين مسؤولية التسبب في ظروف الظلم الاجتماعي أو تيسيرها أو تمكينها، وآثار هذا الموقف. هذه "الإزاحة" للمسؤولية من الفاعل الرئيسي (الذي يقوم بالفعل مباشرة) إلى الفاعل السياسي الثانوي مدعومة بأي نظرية عن المسؤولية تعترف بالمسؤولية عن السهو (e.g., Fischer 2006; Holroyd 2012) أو بالمسؤولية الجماعية عن الخيارات الفردية (e.g., List & Pettit 2011).

باختصار، عند تقييم حالة مسؤولية مستخدمي الخدمة، نحتاج إلى مراعاة طبقتين من الاعتبارات: (1) المظهر المصحوب بالأعراض ومعدلات استجابة اضطراب الشخص، و(2) المظهر النفسي للشخص ودور الشخص في نظام العلاقات، بما في ذلك علاقات عدم المساواة التي قد تُضعف الفاعلية الوظيفية. تسمح لنا المجموعة الثانية من الاعتبارات بمقاومة المواقف النمطية والشمولية تجاه مستخدمي الخدمات، بدلاً من معاملتهم كأشخاص متعددي الأبعاد ذوي شخصيات وظروف ومجتمعات فريدة.

ملاحظات ختامية

يميل منظّرو المسؤولية إلى افتراض أنّ الاعتلال الذهني والمسؤولية يستبعد أحدهما الآخر، على الرغم من أنّ هذا يتناقض مع المقاربة السائدة المرتكزة-على العميل في العلاج وتعريف الـ DSM-5 للاعتلال الذهني على أنه تجمّع من الحالات له خصائص فردية متغيرة واستجابة-علاجية مفترضة. وكترياق لبند الاستبعاد الشامل، اقترحتُ نظرية تعزيز-القوة الفاعلة للمسؤولية تتوافق مع العلاج المرتكز على العميل وتحترم أيضاً التنوّع القوي لمستخدمي الخدمة. تسمح لنا هذه الرؤية بتحميل مستخدمي الخدمة المسؤولية عن مجموعة حقيقية من الاختيارات، واعتبار العلاج نوعاً من المواقف التفاعلية بدلاً من كونه نمطاً من الاستبعاد والعزل. يوسّع هذا نطاق المسؤولية لتتضمّن الغالبية العظمى من مستخدمي الخدمة.

References

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Arpaly, N. (2015), Huckleberry Finn Revisited: Inverse Akrasia and Moral ignorance. 141-156. In The Nature of Moral Responsibility: New Essays. R. Clarke, M. McKenna, and A. Smith, eds. Oxford: Oxford University Press.

Babiak, P. and Hare, R. D. (2006), Snakes in Suits: When Psychopaths Go to Work, New York: Regan Books.

Bell, M. (2013a), The Standing to Blame: A Critique, pp. 263-281. In Blame: Its Nature and Norms. D. J. Coates and A. N. Tognazzini, eds. New York: Oxford University Press.

Bell, M. (2013b), Hard Feelings: The Moral Psychology of Contempt, New York: Oxford University Press.

Blumer, D. (2002), The Illness of Vincent van Gogh, American Journal of Psychiatry, 159: 519-526.

Caruso, G. D. (2016), Free Will Skepticism and Criminal Behavior: A Public Health-Quarantine Model, Southwest Philosophy Review, 32:25-38.Clarke, G., Hops, H., Lewinsohn, P. M., Andrews, J., Seeley, J. R., and Williams, J. (1992), Cognitive-Behavioral Group Treatment of Adolescent Depression: Prediction of Outcome, Behavior Therapy, 23: 341-354.

Coccaro, E. F. and Kavoussi, R. J. (1997), Fluoxetine and Impulsive Aggressive Behavior in Personality-Disordered Subjects, Archives of General Psychiatry, 54:1081-1088.

Cooper, B. (2005), Immigration and Schizophrenia: The Social Causation Hypothesis Revisited, The British Journal of Psychiatry, 186(5): 361-363.

Darwall, S. L. (2006), The Second-Person Standpoint: Morality, Respect, and Accountability, Cambridge, MA: Harvard University Press.

Davidson, K. M. and Tyrer, P. (1996), Cognitive Therapy for Antisocial and Borderline Personality Disorders: Single Case Study Series, The British Journal of Clinical Psychology, 35:413-429.

Dolan, B., Warren, F., and Norton, K. (1997), Change in Borderline Symptoms One Year after Therapeutic Community Treatment for Severe Personality Disorder, The British Journal of Psychiatry, 171:274-279.

Frankfurt, H. G. (1969), Alternate Possibilities and Moral Responsibility, The Journal of Philosophy, 66(23):829-839.

Fischer, J. M. (2011), Deep Control: Essays on Free Will and Value, New York: Oxford University Press.

Fischer, J. (2006). My Way: Essays on Moral Responsibility, New York: Oxford University Press.

Freyenhagen, F. and O'Shea, T. (2013), Hidden Substance: Mental Disorder as a Challenge to Normatively Neutral Accounts of Autonomy, International Journal of Law in Context, 9:53-70.

Haji, I. (1998), Moral Appraisability: Puzzles, Proposals, and Perplexities, New York: Oxford University Press.

Hare, R. (1990), Hare PCL-R, 2nd edition. North Tonawanda, NY: MHS Assessments Publishing.

Hare, R. D. (1993), Without Conscience: The Disturbing World of the Psychopaths among Us, New York: Pocket Books.

Hare, R. D. (1999), Without Conscience: The Disturbing World of the Psychopaths among Us, New York: Guilford Press.

Holroyd, J. (2012), Responsibility for Implicit Bias, Journal of Social Philosophy, 43:274-306.

List, C. and Pettit, P. (2011), Group Agency: The Possibility, Design, and Status of Corporate Agents, Oxford: Oxford University Press.

Martin, M. W. (2012), Psychotherapy as Cultivating Character, Philosophy, Psychiatry, Psychology, 19:37-39.

McGeer, V. (2008), Trust, Hope and Empowerment, Australasian Journal of Philosophy, 86:237-254.

McGeer, V. (2015), Building a Better Theory of Responsibility, Philosophical Studies, 172(10):2635-2649.McKenna, M. (2012), Conversation and Responsibility, Oxford: Oxford University Press.

Mental Health Commission of Canada (2015), Recovery Guidelines Ottawa, ON: Author. Æ2015 Mental Health Commission of Canada. URL= https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-07/MHCC_Recovery_Guidelines_2016_ENG.PDF Accessed January 29, 2017.

Rice, M. E., Harris, G. T., and Cormier, C. A. (1992), An Evaluation of a Maximum Security Therapeutic Community for Psychopaths and Other Mentally Disordered Offenders, Law and Human Behavior, 16:399-412.

Rogers, C. R. (1951), Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theorỹ Bostoñ MA¤ Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1995), A Way of Being, Boston, MA: Houghton Mifflin Harcourt. Sher, G. (2009). Who Knew?: Responsibility without Awareness, Oxford: Oxford University Press.

Smith, A. M. (2005), Responsibility for Attitudes: Activity and Passivity in Mental Life, Ethics, 115:236-271.

Smith, M., Calam, R., and Bolton, C. (2009), Psychological Factors Linked to Self-Reported Depression Symptoms in Late Adolescence, Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 37:73-85.

Strawson, P. F. ([1963] 2003), Freedom and Resentment, pp. 72-93. In Free Will, 2nd edition. G. Watson, ed. Oxford: Oxford University Press.

Vargas, M. (2013), Building Better Beings: A Theory of Moral Responsibility, Oxford: Oxford University Press.

Walker, C., Thomas, J., and Allen, T. S. (2003), Treating Impulsivity, Irritability, and Aggression of Antisocial Personality Disorder with Quetiapine, International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 47:556-567.

Wallace, R. J. (1994), Responsibility and the Moral Sentiments, Cambridge, MA: Harvard University Press.

Waring, D. R. (2016), The Healing Virtues: Character Ethics in Psychotherapy, Oxford: Oxford University Press.

Watson, G. (2013), Responsibility and the Limits of Evil: Variations on a Strawsonian Theme, pp. 84-113. In The Philosophy of Free Will: Essential

Readings from the Contemporary Debate. P. Russell and O. Deery, eds. Oxford: Oxford University Press.

Wolf, S. (2011), Blame, Italian Style, pp. 332-347. In Reasons and Recognition: Essay on the Philosophy of T. M. Scanlon. R. J. Wallace, R. Kumar, and S. Freeman, eds. New York: Oxford University Press.

Zimmerman, M. (1988), An Essay on Moral Responsibility, Totowa, NJ: Rowman & Littlefield.

الفصل السابع عشر

الفلاسفة، والمعتلون نفسياً (السيكوباتيون)، والأخلاق العصبية

ماثيو روبل

المقدّمة

يجب أن نواجه حقيقة أنّ الاعتلال الذهني لا يُعفي في حد ذاته بشكل تلقائي الأشخاص من المسؤولية الأخلاقية. فاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، الذي غالباً ما يُشار إليه باعتباره "اعتلالاً نفسيا" (كما سأفعل في هذا الفصل)، هو اعتلال ذهني مميز الذي، نظراً لأنه يتم تعريفه بواسطة المعايير التشخصية التي ترتبط صراحة بالمعايير الأخلاقية، يتم وضعه بشكل فريد من الناحية المفاهيمية على أنه يتوسّط الانقسام بين الطب والأخلاق[1]. وعلى هذا النحو، فإنّ الاعتلال النفسي هو اضطراب يُفيد في فهم الجدل المفاهيمي حول الاعتلال الذهني، وهل من الأفضل أن يتم فهمه على أنه مرض طبي خال-من القيمة أم لا.

---

(1) على الرغم من أنني أستخدم المصطلحين "اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع" و"الاعتلال النفسي" بشكل مترادف، إلا أنّ القيام بذلك لا يعني أنه محصّن من الانتقاد المتمثل في أنّ الفرق المهم بين الاثنين يتم تجاهله. يتمثل الفرق المزعوم في أنّ المعتلين نفسياً [السيكوباتيين] يمثلون النسخة المتطرفة من أولئك الذين تم تشخيصهم بـ ASPD، وتزعم قائمة تدقيق الاعتلال النفسي لهير (Hare 1993) تحديد هذا الفرق مع المعتلين نفسياً الذين يسجلون في قائمة التدقيق نقاطاً أعلى من أولئك الذين تم تشخيصهم بـ ASPD فحسب.

هنالك أيضاً شيء يتعلق بالانهماك الثقافي الفريد الذي نمتلكه مع المعتلين نفسياً والذي من شأنه أن يستدعي الاهتمام الفلسفي. يبدو أننا مفتونون بتصوير المعتلين نفسياً في سردنا القصصي (في الكتب، والأفلام، والتلفاز)، إلا أننا مع ذلك، نكرّس موارد قليلة نسبياً لفهم ومعالجة أولئك الذين يُزعم أنهم يعانون من هذا الاعتلال المزعوم (انظر Blair 2005;Levy 2007a; Sinnott-Armstrong & Wheatley 2014). وحتى إذا ما أردنا أن نوسّع من تعاطفنا مع المعتلين نفسياً، فينبغي أن نضع في اعتبارنا الضرر الواسع النطاق الذي يُلحقه هؤلاء الأشخاص بالأفراد، والعوائل (انظرNoguera 2000)، والمجتمع على نطاق أكبر (Blair 2005; Levy 2007a). لا يتعلق هذا الفصل بتوجيه قدر من خدمات الصحة العقلية إلى المعتلين نفسياً (ففي النهاية، ربما يتم تقديم خدمات علاج الصحة العقلية والعدالة الجنائية على نحو أفضل في مكان آخر). بدلاً من ذلك، إنّ الهدف العام لهذا الفصل هو توفير تحليل فلسفي بشأن التضارب بين فكرتين يبدو أنه لا يمكن التوفيق بينهما: الاعتلال النفسي كما يتم فهمه في الحقبة البيولوجية العصبية للطب النفسي من ناحية، والمسؤولية الأخلاقية من ناحية أخرى. ما الذي يمكننا فهمه، إن كان هناك ما يمكن فهمه من الأساس، من سؤال: "ماذا يعني أن تعاني من **اعتلال أخلاقي**؟" هل يجوز لنا أن نلوم الشخص لإصابته باعتلال يجعله فاعلاً أعمى من الناحية الأخلاقية؟ هل يمكننا التوفيق بين هذا الاقتران الغريب للمفاهيم؟ سواء أن أحببنا ذلك أم لا، يُجبرنا المعتلون نفسياً على إعادة التفكير في حدود المسؤولية الأخلاقية. توفر التطورات الأخيرة في علم أعصاب الاعتلال النفسي ميزة إضافة الأدلة التجريبية إلى تحقيقنا (Levy 2007a). إلا أنّ الملاحظات التجريبية لا تكفي وحدها للتوصّل إلى حكم بشأن المسؤولية الأخلاقية للمعتلين نفسياً. سنحتاج كذلك إلى فحص فهمنا الأساسي لما يعنيه الكون فاعلاً قادراً على تحمّل المسؤولية الأخلاقية. لحسن الحظ، تمتلك الفلسفة الموارد المتبقية التي نحتاجها، إذا لم يكن لإصدار الحكم على المعتلين نفسياً، فعلى الأقل تزيد بشكل كبير من فهمنا لطبيعة المسؤولية

الأخلاقية. وهذا المسعى له مردود مهم على الفلسفة والطب النفسي وحقل الأخلاق العصبية المنبثق.

شروط المسؤولية الأخلاقية

لقد صاغ أرسطو شرطين للمسؤولية الأخلاقية ما زلنا نتمسّك بهما إلى اليوم. الأول هو الشرط الإرادي الذي يبحث فيما إذا كان الشخص يمتلك أو لا يمتلك السيطرة الطوعية الكافية على أفعاله لكي يكون مؤهلاً لتحمّل المسؤولية الأخلاقية عن تلك الأفعال. والثاني هو شرط المعرفة، الذي يبحث فيما إذا كان الشخص يمتلك أو لا يمتلك المعرفة الكافية بأفعاله لكي يكون مؤهلاً لتحمّل المسؤولية الأخلاقية عن تلك الأفعال. تُعدّ الكتابات الفلسفية حول الشرط الأول - شرط الطواعية - كثيرة. سننظر في أحد المقالات المهمة للغاية والمعاصرة وفق المعايير الفلسفية، كتبها بيتر ستراوسن، بعنوان "الحرية والاستياء" (1993(1962)). تُعدّ هذه المقالة تأسيسية في فهم كيفية ارتباط شرط الطواعية لتحمّل المسؤولية الأخلاقية بالأعذار، وحتى بالإعفاءات من المسؤولية الأخلاقية. يُعدّ هذا الأمر أكثر أهمية بالنسبة لمبتغانا لأنّ ستراوسن يعتمد بشكل كبير على الاعتلال الذهني باعتباره شرطاً نموذجياً لإعفاء الشخص بالكامل من المسؤولية الأخلاقية. ونظراً لأنّ المعتلين نفسياً يُزعم أنهم يعانون من اعتلال ذهني يقوّض قدرتهم على تحمّل المسؤولية الأخلاقية، يقدّم لنا ستراوسن جوهرة فلسفية! إلا أنّ هذا لا يعني تأييد وجهة نظره. لأنه كما سنرى، يُخفِق ستراوسن في تخيّل كيف أننا من الممكن أن نضرّ **أخلاقياً** بالمعتل نفسياً عند إعفائه من ردود أفعالنا الأخلاقية على أخطائه.

مما هو ملحوظ أنه تم إيلاء اهتمام قليل من قِبل الفلاسفة بالشرط الإبستمي أو المعرفي للمسؤولية الأخلاقية (انظر Sher 2009). وتبعاً لذلك، فإنّ شرط المعرفة من حيث صلته بمسؤولية المعتلين نفسياً، حظيَ أيضاً باهتمام قليل. لقد كان هذا صحيحاً حتى [ظهر] الدفاع القوي لـ Neil Levy (2005, 2007a,

b, 2010) عن المعتل نفسياً باعتباره غير مؤهل لتحمّل المسؤولية الأخلاقية بسبب عدم قدرته على توجيه أفعاله مع معرفة أخلاقية على وجه التحديد. وقد استعان ليفي بشكل حاسم بالأدلة التجريبية من التصوير العصبي (fMRI) لدعم حجته، وبالتالي ربطَ الأداء البيولوجي العصبي غير الطبيعي (المزعوم) للمعتل نفسياً بافتقاره إلى القدرات الأخلاقية وبافتقاره (المزعوم) إلى المسؤولية الأخلاقية. سننظر بعناية في وجهات نظر الفلاسفة على حدٍ سواء. وبعد قيامنا بذلك، سنكون في وضع أفضل بكثير لفهم كيف أنّ النقاشات حول المعتلين نفسياً تمثل نقاشاً نموذجياً حول طبيعة الاعتلال الذهني ذاته، وسنكون قادرين على البدء بتقييم ما يمكن أن يُخبرنا به علم الأعصاب، إن وجد، عن الأخلاق.

إرث ستراوسن والإطار الأخلاقي

يحدد هذا القسم الفروق الرئيسية التي رسمها ستراوسن ويتركنا مع الإطار المفاهيمي بشأن متى يكون من المناسب أو من الممكن أن يتحمّل الفاعل المسؤولية الأخلاقية عن مخالفاته. مع وجود هذا الإطار المفاهيمي سنكون في وضع أفضل لرؤية نطاق الاستجابات الأخلاقية المناسبة المتاحة لأولئك الذين ضرَّهم المعتلون نفسياً. وسنكون قادرين أيضاً على أن نوضّح ببطء ما نتفاعل معه بالضبط، وما يُزعَم أنّ مواقفنا التفاعلية تستهدفه، ولماذا يظهر المعتلون نفسياً على أنهم أهداف مربكة ومراوغة لمواقفنا التفاعلية. وفيما بعد من هذا الفصل، سيتم فحص إطار ستراوسن وحجة ليفي بعناية، وسيتم تقديم البدائل.

إنّ الفرق الرئيسي الذي يحدده ستراوسن هو ذلك الذي بين المواقف التفاعلية والرؤية الموضوعية. فالمواقف التفاعلية هي المواقف والمشاعر التي نمتلكها تجاه الآخرين عندما تكون مواجهتنا بين-الشخصية مهمة أخلاقياً. فنحن نشعر بالاستياء، أو الغضب، عندما يضرّنا الآخرون بطريقة ملحوظة من الناحية الأخلاقية. كما نشعر كذلك بالامتنان عندما يساعدنا الآخرون، وعند الاقتضاء نشعر بالتعاطف مع الآخرين عندما يواجهون ظروفاً مؤسفة. يُعدّ نطاق المواقف

التفاعلية كبيراً من الناحية المفاهيمية والانفعالية على حدٍ سواء[2]. في المقابل، إنّ الرؤية الموضوعية هي "موقف" بعيد كل البعد عن المواقف التفاعلية. حيث يتم تحفيز الرؤية الموضوعية بشكل جزئي فينا عندما تكون المواقف التفاعلية غير مناسبة، على سبيل المثال، عندما يكون لدى الشخص عُذراً وجيهاً يفسّر الخطأ الأخلاقي الذي ارتُكِب (مثل، الجاني مجرد طفل صغير، أو يعاني من تدهور إدراكي شديد، أو شخص مشوش بالكامل مع سحابة من الخرف). أما الرؤية الموضوعية المنفصلة انفعالياً فيتم تحفيزها بشكل كامل فينا عندما نتساءل عما إذا كان مرتكب الخطأ مؤهلاً كفاعل أخلاقي من الأساس. إذا لم يكن كذلك، فإنه وفقاً لستراوسن، مَعفي من جميع المواقف التفاعلية وبالتالي تُصبح الرؤية الموضوعية بالنسبة للمستجيب، "راحة من توترات الإشراك". وهكذا، تماماً مثل العالِم الطبيعاني في المختبر أو الميدان، تكون الرؤية الموضوعية منفصلة انفعالياً، ونزيهة، وعقلانية للغاية.

يرتبط الفرق بين المواقف التفاعلية والرؤية الموضوعية مع الفرق بين الأعذار المتعلقة بأخطائنا، والإعفاءات الصريحة التي تُزيلنا تماماً من الاستجابات الأخلاقية. إنّ مواقفنا التفاعلية يتم تعليقها أو من ناحية أخرى تتضاءل في الظروف التي يتم فيها إعذار مرتكب الخطأ بسبب مواقفه أو أفعاله

---

(2) إذا كنا صادقين مع أنفسنا، فيجب أن نعترف بأننا لا نكرر إلا مجموعة محدودة جداً من هذه المواقف التفاعلية المهمة أخلاقياً، ولماذا يُصبح الاستياء بالنسبة للكثيرين منا هو الموقف التفاعلي النموذجي والممجّد عندما نتضرر أخلاقياً. إنّ غرضي التفكّري هنا هو فقط الاعتراف بأنّ فحصنا للقوة الفاعلة المسؤولة أخلاقياً، بما في ذلك تلك الخاصة بالمعتلين نفسياً، يجب أن لا يتغاضى عن الدور المهم الذي تلعبه مجموعتنا النفسية الداخلية من المواقف الأخلاقية التفاعلية (سأسمّي هذه المواقف فيما بعد بـ "التفاعلات = reactans") في القضية الفلسفية الأوسع حول القوة الفاعلة الأخلاقية بشكل عام، المتضمنة المعتلين نفسياً. عندئذ، كلما كان نطاق مواقفنا الأخلاقية أضيق كانت مفاهيمنا للمسؤولية الأخلاقية أقل تعقيداً. يجب أن لا نأخذ الأخير رهينة للأول.

المسيئة أخلاقياً من ناحية أخرى. جميعنا على دراية بعدد من الأعذار الظرفية لمرتكب الخطأ (مثل، كان المعتدي تحت ضغط غير عادي، أو مُكرَهاً، أو أنه سبَّبَ الأذى لشخص آخر أثناء كونه في مخاض نوبة مرَضية). عندما نعذر مرتكب الخطأ فإننا نعترف بأنّ شخصيته المراعاة أخلاقياً الطبيعية من ناحية أخرى كانت متأزمة مؤقتاً بسبب الظروف. فنحن نعلم أنه لن يتصرف بالعادة بهذه الطريقة العدوانية التي تصرّف بها. ونعرف أن قوته الأخلاقية سليمة من الناحية الأخرى. إنّ الإعفاءات من ارتكاب الخطأ هي أكثر شمولية بكثير. فعندما نُعفي شخصاً ما بالكامل من مواقفنا التفاعلية نكون قد استنتجنا أنّ قوته الأخلاقية غير سليمة، أو، في حالة المعتل نفسياً، القوة الأخلاقية مفقودة تماماً. وبما أنّ المواقف التفاعلية هي أنماط من التعامل مع الفاعلين الأخلاقيين، فإننا عندما نعمل من الرؤية الموضوعية لم نعد ندرك أننا منخرطون مع فاعل أخلاقي. تُعدّ لغة ستراوسن هنا لافتة إلى حدٍ ما. فعند اعتمادنا الرؤية الموضوعية لم نعد قادرين على التفكير الأخلاقي مع مواقفنا التفاعلية أو التمسّك بها تجاه الفاعل. فنحن نرى ذلك الفاعل كشيء يجب "السيطرة عليه" أو "معالجته" أو "التلاعب به" والذي تُعتبر المصطلحات العادية للتعامل الأخلاقي غير ملائمة له. مع الرؤية الموضوعية يأتي التعطيل لفكرة أننا منخرطون مع فاعل أخلاقي آخر، وإذا انخرطنا في السيطرة على هذا "الآخر" أو التلاعب به، فإننا إما نرتكب انتهاكاً أخلاقياً لذلك الآخر الأخلاقي، أو أننا مسوَّغون (أخلاقياً وإبستمياً) بطريقة ما في الانخراط مع الآخر باعتباره آخر غير-أخلاقي. سنحدد لاحقاً في هذا الفصل الفروق بين الطريقة التي نختبِر بها مواقفنا (reactans) داخلياً وكيف يجب أن تظهر تلك المواقف خارجياً.

يُشير ستراوسن إلى الفاعلين الأخلاقيين الذين نعذرهم من تحمّل المسؤولية الأخلاقية في حالات معينة على أنهم فاعلين من "النوع 1"، في حين أنّ مَنْ نُعفيهم بشكل كامل من المسؤولية هم الفاعلين من "النوع 2". يعاني فاعل "النوع 2" النموذجي الموصوف من قبل ستراوسن من بعض أشكال الاعتلال

الذهني. أي "الشخص الذي في وَهم ميؤوس منه"، و"المعتل نفسياً" بوصفه "ذاتوية الأخلاق"، ومَنْ "يفتقر تماماً إلى الحس الأخلاقي"، ومَنْ "يتم تحديد سلوكه العصبي بمعنى يجعل الموقف الموضوعي مناسباً". هؤلاء الفاعلين ليسوا أولئك الذين تتناسب معهم المصطلحات المعتادة من التعامل الأخلاقي والمواقف التفاعلية لأننا (كما يزعم) لا نعتبرهم "فاعلين مسؤولين أخلاقياً، أو كشرط للعلاقات الأخلاقية، أو كعضو في المجتمع الأخلاقي".

بالاعتماد على نماذج التحليل النفسي للاعتلال الذهني، يصوّر ستراوسن عُصاب فاعلي النوع 2 على أنه يقوّض بالكامل قوتهم الأخلاقية إلى الحد الذي يكونون فيه غير قادرين على السيطرة على أفعالهم لتلبية المطالب الأساسية للأخلاق. وفق هذه الصورة، ينتزع علم النفس المرَضي من الشخص قدرته على توجيه أفعاله بناءً على أسباب أخلاقية، ومن خلالها، يُلغي عضويته في المجتمع الأخلاقي. وبما أنّ فاعلي النوع 2 ليسوا فاعلين أخلاقيين، فإنّ المواقف التفاعلية لم تعد مناسِبة. وعلى الرغم من أنّ استخدام ستراوسن لمصطلح "مناسِبة" يبدو مرناً، إلا أنّ المرء يفترض أنه لا يعني فقط أنّ المواقف التفاعلية تجاه المعتلين ذهنياً بشكل شديد من المحتمل أن تكون وسيلة غير فعالة لتغيير السلوك بل علاوة على ذلك، عندما ينخرط الأعضاء الكاملون للمجتمع الأخلاقي في الاستياء من فاعلي النوع 2 المرتكبين للخطأ ولوَمَهم نكون قد انخرطنا في شيء غير مناسب من الناحية الإبستمية والأخلاقية. إنّ شغفنا بإعادة توجيه موقف الاستياء الخاص بنا تجاه "الذات" العُصابية والمكسورة لفاعل النوع 2 هو، وفق رؤية ستراوسن، خاطئ. فبشكل افتراضي يتركنا هذا مع اعتماد الرؤية الموضوعية ومواقفها المنفصلة حيث لم نعد ننخرط مع فاعل النوع 2 باعتباره شخصاً قادراً على التعامل الأخلاقي، بل بدلاً من ذلك، كشيء يجب "السيطرة عليه" و"التلاعب به". وهنا تكمن المفارقة في ضم المعتل نفسياً مع فاعلي النوع 2. فنظراً إلى أنّ المعتلين نفسياً هم متلاعبون بارعون (ولا يزال التلاعب بالآخرين معياراً تشخيصياً) لا يقدِّمون حتى الاعتبار الأخلاقي البسيط لأولئك الذين يخدعونهم ويتلاعبون بهم، يبدو أننا نُترك مع وصفة علاجية من

ستراوسن تتمثل ببساطة في أن نتلاقى مع المعتل نفسياً وفق شيء من شروطه الخاصة به. بالنسبة لبعضنا تُعدّ هذه المفارقة مريرة للغاية. يبدو أنّ المعتل نفسياً غير متحمّس تماماً للانتماء إلى المجتمع الأخلاقي ولا يجب أن يكون تأكيدنا على عدم عضويته (على الرغم من كونه غيرَ مبالٍ وبارداً من الناحية الأخلاقية) هو القول الفصل في هذا الأمر. وسواء أن كان الأمر جيداً أو سيئاً، لا يزال الفلاسفة مهتمين بالمعتلين نفسياً وإن لم يكن لسبب آخر سوى ترسيم الحدود الخارجية للقوة الفاعلة المسؤولة أخلاقياً.

غاري واتسون وحالة روبرت هاريس

لكي نقف على مثال عن الطريقة التي تتشكّل بها أحكامنا الأخلاقية (وتنقسم غالباً من خلالها)، ننتقل الآن إلى حالة روبرت هاريس كما ناقشها الفيلسوف غاري واتسون في مقالته المؤثرة "المسؤولية وقيود الشر". إنّ ورقة واتسون هي محاولة لمعالجة بعض الانتقادات لمقال ستراوسن. من المهم أن نضع في الاعتبار أنّ كل من واتسون وستراوسن يشتركان في سؤال ميتافيزيقي أكثر تجريداً يتعلق بـ هل أي شخص حُرّ بما فيه الكفاية ليتحمّل المسؤولية الأخلاقية. كلاهما يعتقد أننا كذلك. لكنهما يعتقدان أنّ البعض منا - أولئك الذين يعانون من اعتلال ذهني شديد، أو لم يحالفهم الحظ في الظروف التكوينية-ليسوا أحراراً بالمعنى المهم أخلاقياً. يبدو ميلنا إلى المواقف التفاعلية والتزامنا بالحفاظ على هذه المواقف حية ومركزية في حياتنا الأخلاقية وكأنه منيع أمام الحجج الميتافيزيقية المخادعة التي تحاول إثبات مدى تحديد حياتنا وأفعالنا من خلال شيء خارج "ذاتنا". وسواء أن كان الأمر جيداً أو سيئاً، فإنّ التزامنا بالمواقف التفاعلية يستمر. لكن على غرار ستراوسن، يعتقد واتسون أنّ هنالك أشخاصاً يجب أن نراجع مواقفنا التفاعلية تجاههم لأنهم ليسوا أحراراً بالمعنى المهم أخلاقياً، ويستفيد في ذلك من حالة روبرت هاريس (تُعد الآن حالة مشهورة إلى حدٍ ما بين الفلاسفة الأخلاقيين).

يعتمد واتسون على مقال في **لوس أنجلس تايمز** حول روبرت هاريس،

وهو رجل حقيقي أُعدِم في كاليفورنيا (1987) بسبب قتله صبيين مراهقين. تتكشّف سيرة هاريس بترتيب عكسي في هذه المقالة وتتبعها مواقفنا التفاعلية. إنّ هاريس الذي نصطدم به في أول الأمر هو رجل بالغ أدانته الولاية وأهانه حتى زملاؤه المحكوم عليهم بالإعدام. وجد هاريس طريقه إلى مصاف الإعدام من خلال سرقة السيارات واغتيال الصبيين المراهقين. خدم شقيقه الأصغر دانيال كشاهد مباشر، وعلّق على ضحك روبرت القاسي بعد-القتل عندما أنهى شطيرة هامبرغر الجبن المأكولة جزئياً التي بقيت من أحد ضحاياه الجدد بينما كان يمسح ماسورة مسدسه. حتى أنّ هاريس الأكبر سناً كان مستمتعاً بخيال أن يرتدي هو وشقيقه زي رجال الشرطة لإبلاغ والديّ الصبيين بشأن جريمتيهما بحق أبنيهما، لمجرد الاستمتاع بالفجيعة التي من المؤكد أنهم سيشهدونها. تترك التفاصيل الشريرة المحضة لتصرفات روبرت في عصر ذلك اليوم القارئ مع موقف من الاستياء ("الكراهية" وفق عبارات واتسون)، تجاه هاريس. ونفهم مقصد زملائه المحكومين بالإعدام في ادعائهم أنّ "هذا الرجل هو كيس من الحثالة التامة". بصرف النظر عن موقفنا الأخلاقي من عقوبة الإعدام، يشعر معظمنا بموقف سلبي تجاه هاريس بسبب كوكبة التصرفات التي كان يقصدها تماماً ويؤديها من دون اعتبار أخلاقي لضحاياه. علاوة على ذلك، من خلال تعاطف، يمكن لمعظمنا أيضاً أن يتصور بالإنابة مواقف الصدمة والحزن التي شعر بها الآباء عند سماع الأخبار. في الواقع، نعتقد أنّ مواقفنا التفاعلية كالاستياء والاشمئزاز لها ما يسوّغها على نحو جيد.

لا نعلم هذا من مقال لصحيفة ما، لكن افترض أننا توصلنا إلى معرفة أنّ هاريس هو معتل نفسياً [سيكوبات]. لا يتطلّب هذا، في اعتقادي، توسيع خيالنا بشكل كبير[3]. إذا كان هاريس يعاني بالفعل من اعتلالٍ يقوّض قدرته على

(3) وفق رؤيتي، يمكن لأي قارئ-مطّلع سريرياً لمقالة لوس أنجلوس تايمز عن هاريس متابعة "تقدّمه" التشخيصي من اضطراب المتحدّي المعارض واضطراب السلوك في سنواته الأولى، وحتى تدرجه إلى اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع. لاحِظ، لقد

التصرّف كفاعل أخلاقي، فإننا نستدعي رؤية ستراوسن التي تطلب منا تقليل الاستياء الذي نشعر به تجاه هاريس. لكن يبقى بعضنا غير مبالٍ بسبب موقف الاستياء خاصتنا الذي نتمسّك به بقوة بمجّرد معرفتنا أنّ هاريس تمّ تشخيصه. هل من الخطأ أن نبقى غير مبالين؟ لم يتضح هذا بعد. ولم نسمع قصة هاريس الكاملة.

بعد القراءة عن هاريس البالغ والشعور بالاستياء والكراهية تجاهه نتعرف بعد ذلك على مدى سوء حظه في ظروفه التكوينية. "العنف الذي استبق ولادته"، حيث ركل والده أمه التي كانت حاملاً به في شهرها السابع، فشقّ روبرت طريقه إلى العالم في وضع مؤسف على نحو فريد، شهرين قبل أوان الولادة. عانى روبرت من حظٍ أخلاقي ظرفي سيّئ، ولم يكن هنالك شيء آخر، حيث عانى من طفولة مليئة بالاعتداء الجسدي والانفعالي انتهت بحكم مطوّل في سجن الأحداث الذي غيّر روبرت بالكامل إلى ذلك الإنسان المعتل أخلاقياً الذي غدا عليه. لقد تعرّض روبرت إلى الاعتداء الجنسي والجسدي وحاول الانتحار بانتظام خلال فترة إدانته. عقب إدانته، تحوّل إلى رجل مدمَّر تصفه أخته بأنه "يفتقر إلى الشعور، والندم، ولم يتبقَ الكثير لديه". وبعيداً عن المواقف التفاعلية التي يتم رسمها تجاه والديّ هاريس، أو نظام العدالة الجنائي الجزائي الرديء الخاص بنا، فإنّ مواقفنا تجاه هاريس تتراجع من "الكراهية إلى التعاطف"، حسب عبارات واتسون. نشعر بالتعاطف مع هاريس الشاب وربما لا نريد حتى أن نتخيل ما عاناه في سجن الأحداث. نحن حزينون أخلاقياً لروبرت الصبي. وعليه، ما الذي يتعين فعله مع مواقفنا التفاعلية المتنافسة تجاه روبرت هاريس؟ وماذا يجب أن يوفّر تشخيص الاضطراب الذهني من باب توجيه مواقفنا التفاعلية؟ ربما نحن بحاجة إلى معرفة المزيد عن فكرة أنّ الاعتلالات الذهنية

علّقت سابقاً في هذا الفصل على ما قد يعتبره البعض التباساً مقلقاً عن أولئك الذين تم تشخيصهم بـ ASPD إلى معتلين نفسياً. حدسي هو أنّ هاريس كان سيسجل درجة عالية في قائمة تدقيق هير للاعتلال النفسي.

تعمل كعوامل سببية تستولي على ذاتنا الحقيقية أو تتجاوزها بطريقة تُعفينا من المسؤولية الأخلاقية. ذلك أنه إذا كان الاعتلال الذهني المعني يقوّض بالفعل ذاتي الأخلاقية وقدرتي على توجيه أفعالي بناءً على أسباب أخلاقية، فإنني، في الواقع، لن أفي بشرط الإرادة للمسؤولية الأخلاقية. ربما ستراوسن كان محقاً.

قبل أن نغادر هذا الجزء من مناقشتنا، أودُّ أن أشير إلى أنه من غير المحتمل أن يختبر بعضنا التخفيف في مواقفنا التفاعلية تجاه هاريس البالغ عندما يقتصر تزويدنا بالمعلومات على أنه "تمّ تشخيصه بالاعتلال النفسي". أي لا يتزحزح استياءنا. لكن بالنسبة للكثيرين منا، يجب أن نعترف، عندما نسمع أنّ اعتلال هاريس يعني أنه يعاني من "اختلال في التوازن الكيميائي"، فإننا من المرجّح أن نخفف من استيائنا من باب اعتقادنا بأنّ هذه الاختلالات في التوازن تقوّض قدرتنا على السيطرة على سلوكنا[4]. يتتبّع هذا التطور نماذجنا المتقدِمة عن الاعتلال الذهني، وأين رأى ستراوسن الذات المعتلة ذهنياً خارجة عن السيطرة من باب الدوافع غير الواعية، تَعتبِر وجهات نظرنا المعاصرة الدماغ المعتل ذهنياً خارجاً عن السيطرة بسبب الاختلال الوظيفي العصبي.

ينطبق هذا على عالم الأخلاقيات العصبية، نيل ليفي، الذي تمّت مناقشة دفاعه المقنع عن المعتلين نفسياً بعناية كما هو معلوم تجريبياً. وقبل النظر إلى رؤية ليفي، أودُّ مغادرة هذا القسم بالإشارة إلى أنّ العديد من القراء اختبروا

---

(4) يحظى هذا الحدس ببعض الدعم التجريبي (Knob & Nichols 2008)، من العمل الجاري في المجال الناشئ للفلسفة التجريبية. إنّ إدراج "الاختلال في التوازن الكيميائي" في مختلف التجارب الفكرية المتشاطرة مع الطلاب غير المتخرجين يؤدي إلى رؤية مفادها أنّ أولئك الذين لديهم تلك الاختلالات في التوازن ليسوا مسؤولين أخلاقياً عن أعمال العنف. وهذا، بالطبع، مجرد استقصاء اجتماعي للرؤى المختلفة حول الاعتلال الذهني والمسؤولية الأخلاقية - ومن عيّنة غير ممثلة إلى حدٍ ما من الفاعلين الاخلاقيين على شكل (بالكاد يكونون مسؤولين تقليدياً) طلاب غير متخرجين - من أن يوفر تبصّراً فلسفياً حول طبيعة الأخلاق.

بالفعل تخفيفاً في الاستياء تجاه هاريس ليس بسبب التشخيص المقوّض-للذات الكامن وراء الاعتلال الذهني بل بالأحرى إنّ سرده، وقصة حياته، ما آثار تعاطفنا. وبالتالي، فإنّ مواقفنا التفاعلية يمكن أن تُوجَّه نحو أي عدد من السمات المهمة أخلاقياً، بغض النظر عن "دماغ" أو "ذات" هاريس. سنتطرق لاحقاً في هذا الفصل إلى فكرة موسّعة عن المسؤولية الأخلاقية لكن يجب أن نُشير إلى أنّ ستراوسن (وكذلك ليفي) يعتقد أنّ موقف (الاستياء) خاصتنا يجب أن لا يُعبَّر عنه بـ (اللَوم!) تجاه هاريس (الذات المحطّمة). يتعين أولاً الإجابة على "هل" هاريس مسؤول (ولا يمكن الإجابة عليه إلا من خلال التحقيق في ذاته وقوته الفاعلة وصحته العقلية) قبل أن نمضي في "تحميله" المسؤولية (من خلال الشعور بالمواقف، والتعبير عنها لفظاً، وفرض العقوبات عليه). لكن قد يكون هذا مفهوماً ضيقاً للغاية عن المسؤولية الأخلاقية، وهناك اتجاه ينتج عن هذا المفهوم الضيق يتمثل في أننا مضطرون إلى النظر بشكل أعمق في سؤال "هل يتحمّل المسؤولية"، وبالتالي في ذات هاريس، وحيث تسمح التكنولوجيا، ننظر في دماغه كذلك. هنا ندخل الأخلاق العصبية.

دفاع جديد عن المعتلين نفسياً:
علم الأعصاب وشرط المعرفة

قد لا تعكس حقيقة أننا أعضاء في مجتمع أخلاقي نختبر مواقف تفاعلية متنوعة وواسعة النطاق إلا مجرد ملاحظة نفسية أو اجتماعية، التي قد لا تكون في حد ذاتها نتيجة معيارية كافية أو معتبرة فيما يتعلق بالكيفية التي يجب أن نستجيب بها إلى الأفعال الخاطئة التي يرتكبها الناس أمثال هاريس. أشار أرسطو قبل زمن طويل إلى أننا يمكننا أن نشعر بمشاعر خاطئة تماماً في موقفٍ معين (الغضب بدلاً من السخط الصحيح)، ويمكننا أن نشعر بالشعور المناسب لكن بمقدار خاطئ (الاستشاطة بدلاً من الإحباط، أو التشبّث بالاستياء لفترة طويلة بما يكفي لإثارة أنفسنا بالكامل). يبدو أنّ بعض معايير المشاعر الأخلاقية

والتعامل الأخلاقي ضرورية بالفعل للمجتمع الأخلاقي ولا نريد أن نغادر تحليلنا مع استنتاج سطحي فحسب مفاده إنّ تقدير الاستجابات الأخلاقية المتنوعة والمتعددة يكافئ معيار "كل شي مباح". ربما يمكن للأدلة التجريبية أن تساعد في حسم مواقفنا التفاعلية المنقسمة تجاه المعتلين نفسياً أمثال هاريس. لقد تغيرت نماذج علم النفس المرضي منذ فترة التحليل النفسي التي كتب خلالها ستراوسن عمله "الحرية والاستياء". لقد تحوّل النموذج السائد بشكل حتمي من فهم الاعتلال الذهني على أنه دوافع لاواعية سامّة للمرء تقوّض القوة الأخلاقية للذات الواعية للمرء إلى الفهم القائم على السرد البيولوجي-العصبي العلمي المفرط الذي يفسّر فشلنا في القوة الأخلاقية عند ذلك المستوى التشريحي المنخفض الذي يحتاج إلى معدات تقنية متخصصة للغاية لمراقبة اختلالاتنا الوظيفية العصبية[5]. وعليه ما الذي يتعين على التصوير العصبي (fMRI) تقديمه للجدل الدائر حول المسؤولية الأخلاقية للمعتلين نفسياً؟ نصل إلى نيل ليفي. عندما نأتي بعلم الأعصاب لكي يتحمّل عبء الأسئلة الأخلاقية، بما في ذلك القوة الفاعلة الأخلاقية، فنحن نشترك في دراسة الأخلاق العصبية. تُشير الفيلسوفة أدينا روسكيز إلى الأخلاق العصبية على أنها دراسة ذات شقين علم أعصاب الأخلاق وأخلاق علم الأعصاب[6].

(5) وكما هو ملاحظ من أي شخص اختبر العمل في مجال الرعاية الصحية العقلية، أنه لا يتم تشخيص أي مريض بواسطة الـ fMRI. فجميع التشخيصات تقوم على الفكر والسلوك ويتم تقييمها في مقابلة سريرية. يجب أن لا نشجّع الفكرة المضللة التي مفادها أنّ الناس يتم تشخيصهم باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع - أو أي اضطراب نفسي آخر في هذا الصدد - من خلال التصوير العصبي. عندما نقوم بذلك، فإننا نشجّع نموذجاً زائفاً عن الاعتلال الذهني يتجاهل الكثير من القيم المشاركة في فرز الحالات البشرية غير المرغوب بها عن الحالات البشرية المرَضية.

(6) ليس فقط نأتي بعلم الأعصاب ليتحمّل عبء أسئلة المسؤولية الأخلاقية والاعتلال الذهني، بل يتناقش الفلاسفة أيضاً حول هل بإمكان علم الأعصاب مساعدتنا، وكيف ذلك، في حسم المناقشات حول النظريات الأخلاقية المعيارية المتنافسة كالنفعية والواجبة (Greene, Berker).

يقدّم Levy (2007a) حجة مستنيرة تجريبياً مفادها إنّ المعتلين نفسياً يفتقرون إلى القدرة على المسؤولية الأخلاقية لأنهم يُخفقون في تلبية شرط المعرفة للمسؤولية الأخلاقية. لذلك من الخطأ لومهم. دعونا نراجع حجة ليفي الآسرة المتمثلة في أنّ المعتلين نفسياً ليسوا فاعلين مسؤولين أخلاقياً في مرحلتين منفصلتين، بدءاً بحجة شرط المعرفة، ومن ثمّ التطرّق إلى إضافة الأدلة العلمية العصبية للاختلال الوظيفي في القشرة قبل-الجبهية البطنية المركزية (vmPFC) في أدمغة المعتلين نفسياً التي تدعم استنتاجه.

تذكّر أنّ تحليل ستراوسن يعالج هل يمتلك المعتلون نفسياً (وغيرهم من فاعلي النوع 2) ذاتاً تكفي لتلبية الشرط الإرادي للمسؤولية الأخلاقية وهو يقدّم الحكم السلبي. لكن ماذا عن شرط المعرفة للمسؤولية الأخلاقية؟ هل يفشل المعتلون نفسياً في تلبية ذلك الشرط أيضاً؟ وفقاً لليفي لا يستوفي المعتلون نفسياً شرط المعرفة وبالتالي، ليسوا فاعلين مسؤولين أخلاقياً.

أعتبر ما سأورده أدناه إعادة بناء وافية لحجة المعرفة لدى Levy (2007a):

1 - المعرفة الأخلاقية ضرورية للمسؤولية الأخلاقية.

2 - القدرة على التمييز بين الأخلاقي والعُرْفي ضرورية للمعرفة الأخلاقية.

3 - وبالتالي، فإنّ القدرة على التمييز بين الأخلاقي والعُرْفي ضرورية للمسؤولية الأخلاقية.

4 - لا يستطيع المعتلون نفسياً التميز بين الأخلاقي والعُرْفي.

5 - لذلك، يفتقر المعتلون نفسياً إلى المسؤولية الأخلاقية.

إنّ القدرة على التميز بين الأخلاقي والعُرْفي في الفرض الثاني تؤدي دوراً كبيراً في هذه الحجة وتتطلب التوضيح. هذا هو الجزء المنخفض-التقنية في حجة ليفي الذي يشير إلى الدراسات التي تبحث في المصادر المتصورة للحجية الأخلاقية. تَستخدم الدراسة الأساسية التي استشهد بها ليفي أطفال المدارس

الابتدائية كمجموعة معيارية. تُطرح على الأطفال مجموعتان من الأسئلة التي تميّز الأخطاء العُرفية فحسب (تلك التي يُزعم أنها تدور حول المعايير الثقافية الاجتماعية) من الأخطاء الأخلاقية (تلك التي يُزعم أنها تدور حول بعض المصادر التي تتعالى عن مجرّد المعايير الثقافية الاجتماعية - وهذا غير واضح). تسأل المجموعة الأولى الأطفال (سؤالاً غير ملائم سياسياً باعتراف الجميع) هل من المقبول أن يرتدي الصبيان الفساتين في المدرسة، وكانت إجابة الأطفال "كلا". "ماذا لو قال معلمك أنه ليس من الخطأ أن يرتدي الصبيان الفساتين في المدرسة؟ هل سيكون مسموحاً به عندئذٍ؟" هنا أجاب الأطفال، "نعم". وعليه فإنّ ارتداء الفساتين يرتبط بـ (ما يسمى) المعايير العُرفية، التي يمتلك المعلم السلطة عليها في نظر الأطفال. وتسأل المجموعة الثانية من الأسئلة الأطفال هل من الخطأ سحب شعر زميلك في الفصل الدراسي، فكانت إجابة الأطفال "نعم". "ماذا لو قال معلمك أنه ليس من الخطأ أن تسحب شعر زميلك في الفصل الدراسي؟ هل سيكون جائزاً عندئذٍ؟" هنا أجاب الأطفال "كلا". يرتبط سحب الشعر بالمعايير الأخلاقية التي لا يمتلك المعلم سلطة عليها في نظر الأطفال. من هنا، فإنّ الأطفال يمتلكون القدرة على التمييز بين العُرفي والأخلاقي. بينما لا يمتلكها المعتلون نفسياً، ويبدو أنهم يعتقدون أنه إذا سمحت السلطة بسحب الشعر، فليس هناك خطأ أخلاقي في القيام بذلك. من هنا، يشير ليفي ببراعة إلى أنّ جميع الأفعال الخاطئة هي مجرّد أفعال خاطئة عُرفياً في نظر المعتلين نفسياً. ويمضي ما تبقى من الحجة على النحو التالي: يُخفق المعتلون نفسياً في تلبية شرط المعرفة للمسؤولية الأخلاقية، وبالتالي، ليسوا فاعلين مسؤولين أخلاقياً. هذه هي حجة ليفي المفاهيمية عن المعرفة الأخلاقية. دعونا ننتقل الآن إلى الأدلة التجريبية الداعمة وننظر في أدمغة المعتلين نفسياً. وابقوا مطمئنين، سننظر لاحقاً كذلك في الطريقة التي ننظر بها إلى أدمغة المعتلين نفسياً.

على الرغم من إيلاء الكثير من الاهتمام بمنطقة اللوزة [amygdala] التي يُزعم أنها أصغر حجماً في أدمغة المعتلين نفسياً، هنالك أدلة غير حاسمة على

أنّ حجم اللوزة يرتبط بالعنف الأداتي (في مقابل العنف التفاعلي) الذي يُظهِره المعتلون نفسياً (Blair, Mitchell, & Blair 2005; Levy 2007a). لقد انتقل تركيزنا الآن إلى الـ vmPFC باعتبارها المنطقة الدماغية التي يُعتقد أنّ التفكير الأخلاقي يحدث فيها[7]. عندما نلاحظ المسح الدماغي للمعتلين نفسياً أثناء طلب منهم النظر في السيناريوهات الأخلاقية لا نلحظ إشارات تشير إلى نشاط في منطقة الـ vmPFC كما هو الحال في غير المعتلين نفسياً[8]. في الواقع، يشير كل من Sinnott-Armstrong & Wheatley (2014) إلى أنّ هنالك نشاطاً في منطقة متميزة تماماً في أدمغة المعتلين نفسياً (الفص الجداري الصدغي الجبهي الأيمن، RFTP). تقترن هذه المنطقة من الدماغ بمحاولاتنا لتمييز المحتويات الذهنية للآخرين، بعبارة أخرى، عندما نتساءل عمّا يفكر أو يرغب به الشخص الآخر. يسمي البعض الـ RFTP منطقة "نظرية العقل" في الدماغ. (سنعود أدناه إلى بعض الاهتمامات المتعلقة بهذا الملحظ.)

ما علاقة الوظيفة العصبية لـ vmPFC بالمسؤولية الأخلاقية للمعتلين نفسياً؟ يبدو أنّ الحجة تسير على النحو التالي. vmPFC هي المنطقة الدماغية المرتبطة بالتفكير الأخلاقي. وبما أنّ vmPFC للمعتلين نفسياً لا تُظهر إشارة عن النشاط عند النظر في المعضلات الأخلاقية، فإنّ المعتلين نفسياً يبدو أنهم يعانون من اختلال وظيفي في vmPFC يقوّض قدرتهم على التفكير الأخلاقي، بما في ذلك قدرتهم على المعرفة الأخلاقية، وبالتالي يفتقر المعتلون نفسياً إلى القدرة على المسؤولية الأخلاقية. من هنا، من الخطأ تحميل المعتلين نفسياً المسؤولية من خلال لومهم على الأفعال الخاطئة أخلاقياً. هل أُغلقت القضية؟ ليس تماماً.

---

(7) لاحِظ أنّ الآثار المترتبة على أبحاث وظيفة الـ vmPFC تُعدّ مهمة للمناقشات التي تتجاوز المعتلين نفسياً بكثير، وتشترك كذلك في نقاش موسّع حول هل علم الأعصاب يمكن أن يساعدنا في اختيار نظرية أخلاقية معيارية أفضل من الأخرى (Berker 2009; Cushman & Young 2009; Greene 2008).

(8) انظر Levy (2007a, b), Sinnott-Armstrong & Wheatley (2014), Blair (2005), Cushman & Young (2009).

إنّ الآثار التي يتركها علم الأعصاب على فهمنا للأخلاق لا تقتصر على دراسة المعتلين نفسياً. إذ تُظهر الأبحاث العلمية العصبية الأخرى التي تركّز على الأدمغة السليمة من الناحية الأخرى فيما يتعلق بالمعضلات الأخلاقية والوصول إلى الأحكام الأخلاقية نطاقاً من النشاط العصبي الذي يرتبط باستجابات أخلاقية معيارية مميزة، وهذه المعايير تنقسم على طول المسارات الواجبة والتي تُعظِّم-من الفائدة (Berker 2009; Cushman & Young 2009; Greene 2008). فعلى سبيل المثال، وجدَ كل من Cushman & Young (2009) أنه عندما يُطلب من الأشخاص الخاضعين الاستجابة إلى التجارب الفكرية المتضمنة لمعضلة أخلاقية مثل مشكلة العربة المشهورة (هل ندفع العتلة لإعادة توجيه العربة نحو شخص واحد لأجل إنقاذ الخمسة الآخرين؟) ومشكلة جسر المشاة (هل ندفع أحد الأشخاص من فوق الجسر لإعادة توجيه العربة لأجل إنقاذ الخمسة الآخرين؟)، فإن الآليات العصبية المميزة والمتنافسة توازيها نظريات أخلاقية معيارية مميزة ومتنافسة. والرابط الرئيسي بين ملاحظات كوشمان ويونغ وتلك الخاصة بدفاع نيل ليفي (2007a) عن المعتلين نفسياً هي ملاحظات دراسة Koenigs، يونغ وزملائهم (2007) عن الأفراد المصابين بتلف في منطقة الـ vmPFC الذين يصِلون بشكل موثوق إلى الأحكام المعظِّمة-للفائدة في التجارب الفكرية المتضمنة للمعضلة الأخلاقية. ومفتاح حجة ليفي المتمثلة في أنّ المعتلين نفسياً غير مسؤولين أخلاقياً هو دور منطقة الـ vmPFC غير الفعالة عندهم. لكنّ المعتلين نفسياً وأولئك الذين يعانون من تلف في منطقة vmPFC ليسوا وحدهم من يصل إلى الأحكام المعظِّمة-للفائدة. إذ يصل النفعيون المغالون إلى مثل هذه الأحكام أيضاً لكننا سنكون مخطئين عندما نقترح أنّ النفعية المعظِّمة-للفائدة معتلة. ما هي ثمرة ما سبق؟ فحتى بالنسبة لذوي الأدمغة السليمة من الناحية الأخرى، يظهر أننا نمتلك تنوعاً في وظيفة منطقة vmPFC المقترنة بالطرق التي تنقسم فيها بعض النظريات الأخلاقية المعيارية في الأحكام المتوصّل إليها. قد نختلف بشكل كبير مع قرار النفعية المعظِّمة-للفائدة المتمثل بدفع الشخص السمين من على جسر المشاة لإنقاذ

الخمسة الآخرين، لكن عندما نفعل ذلك، فإننا نفعل ذلك لأسباب أخلاقية معيارية، وليس عن الطريق الاحتكام إلى الطريقة التي تظهر بها منطقة vmPFC وهي فعالة باعتبارها تشارك أو لا تشارك في مداولاتنا الأخلاقية. وعلى الرغم من أننا يمكن أن نقول إنّ النفعية المعظِّمة-للفائدة **مخطئة** في دفعه من **الناحية الأخلاقية**، إلا أننا لا يمكننا أن نستنتج أنها مرَضية. وهذا بالضبط ما يبدو أنّ ليفي يستنجه حول المعتلين نفسياً عندما يفترض أنّ المنطقة الـ vmPFC خاصتهم مختلة وظيفياً: وبالتالي، وفق رؤيته، إنّ المعتلين نفسياً هم مرضى، لكن ليسوا **مخطئين أخلاقياً**. علاوة على ذلك، يمكن تفسير ملاحظة أنّ المنطقة الـ RFTP في دماغ المعتلين نفسياً تكون نشطة عند الانخراط في عملية صنع-القرار المتضمن معضلةً أخلاقية. ربما نتساءل متى وكيف تمّ جمع المعتلين نفسياً كموضوعات للدراسة العلمية العصبية: السجن. وبما أنه من المرجّح أن ينظر أشخاص الاختبار المعتلين نفسياً إلى مسؤولي الاختبار كمخوَّلين، فيمكننا أن نفسّر بشكل معقول إشارات المنطقة الـ RFTP "للعقول الأخرى" باعتبارها تلتقط محاولة الخاضع للاختبار فرز ما يعتقد أنّ صاحب الأسئلة المخوَّل يرغب بسماعه منه. وهذا سيفسر على نحوٍ مماثل فشل المعتلين نفسياً في التقاط التميز بين الأخلاقي والعُرفي. ينبّهنا ليفي إلى أنّ جميع التجاوزات التي تلحق بالمعتل نفسياً هي مجرّد تجاوزات عُرفية، فمعاييرها صدرت عن السلطة التي لديها القدرة على المعاقبة.

لتلخيص الموقف الجدلي الحالي، لدينا الآن تفسيرات لكل من الشرط الإرادي وشرط المعرفة للمسؤولية الأخلاقية التي يظهر أنها توضّح كيف أنّ المعتلين نفسياً يفتقرون إلى القدرة على القوة الفاعلة المسؤولة أخلاقياً. لقد أثْرنا بعض التأملات حول المصداقية التي يجب أن نعيرها إلى الأدلة العلمية العصبية التي يُزعم أنها تدعم الاستنتاج الذي مفاده أنّ المعتلين نفسياً، بسبب الاختلال الوظيفي في المنطقة الـ vmPFC، ليسوا فاعلين مسؤولين أخلاقياً. لكن حتى الآن ركّز تحقيقنا بشكل أساسي على سؤال، "هل المعتل نفسياً مسؤول؟" مع افتراض أنه بمجرّد الإجابة على ذلك يمكننا الانتقال، إن لزم الأمر، إلى كيف

يمكن "تحميل" المعتلين نفسياً مسؤولية الفعل الخاطئ. في القسم التالي، سنحدد مفاهيمياً هذين السؤالين "هل" و"يتحمّل" المسؤولية لأجل الكشف عن الخيارات والتفاهمات الإضافية المتعلقة بكيف يمكننا تحميل المعتلين نفسياً المسؤولية - أو على الأقل البدء في القيام بذلك.

في تحمّل المسؤولية

حتى الآن من باب الإبلاغ عن استجاباتنا إلى الأفعال الخاطئة للمعتلين نفسياً مع أي تفاصيل إجرائية، فإنّ ما نستجمعه من ستراوسن هو أننا يجب ألا نشعر بالاستياء أو نعبّر عنه تجاه المعتل نفسياً. نفس الأمر ينطبق على ليفي، إلا أننا نحصل على المزيد من التفاصيل الإجرائية منه. "إن تحميل المعتلين نفسياً المسؤولية يفرض تكاليف أخلاقية على (المعتلين نفسياً). إذ يتطلب الأمر منا أن نعامل المعتلين نفسياً بطرق لا يستحقونها"، كما يدّعي ليفي. وفق رؤيته، عندما نُلقي اللوم على المعتلين نفسياً، فإننا لا نقوم بأكثر من الإضافة إلى بؤسهم (بافتراض أنّ المعتلين نفسياً بائسون). لكنّ ليفي يُدرك أيضاً أنّ هؤلاء أشخاص خطرين، لذلك، "يمكننا أن نعذر المعتل نفسياً في قيامه بالفعل الخاطئ من دون أن نلتزم بإطلاق سراحه ليُسيء مرة أخرى". وفق هذه الرؤية، يمكننا أن نسجن المعتلين نفسياً إلى أجل غير مسمى، لكن ليس على أساس الاستحقاق أو العدالة الجزائية، بل فقط على أساس الحجر أو منع العنف. غير أنّ الحبس إلى أجل غير مسمى يبدو بالتأكيد للعديد منا كشكل من أشكال "تحميل المسؤولية"، بصرف النظر عن هل دافعنا المعلن هو السعي إلى القصاص من المعتل نفسياً لقيامه بالفعل الخاطئ أو أننا فقط نعمل على حجر ضرره، وبالتالي اعتماد الرؤية الموضوعية والتفاعل مع المعتل نفسياً كما لو كان مجرّد فايروس معدٍ. يبدو أنّ كلاً من ستراوسن وليفي يفهمان "تحميل المسؤولية" على أنه فقط يعني التعبير عن اللوم الذي يستهدف الذات الأخلاقية لمرتكِب الخطأ. وبما أنّ المعتل نفسياً يُزعم أنه لا يمتلك ذاتاً أخلاقية من الأساس (أو vmPFC تعمل

بشكل صحيح) فإننا لدينا ما يسوّغ لنا عدم الالتزام بالانخراط معه باعتباره فاعلاً ذا عنوان أخلاقي بل ككائن غير أخلاقي. كما ذكرنا سابقاً، تمثّل هذه الرؤية الشائعة تفسيراً ضيقاً إلى حدٍ ما من بين مجموعة أوسع من الخيارات حول الطريقة التي يمكننا بها تصوّر على نحو بديل "تحميل المسؤولية".

أودُّ أن أُشير إلى سلسلة من الفروقات التي، عند عرضها، تفتح نطاقاً أوسع من الاستجابات لمخالفات المعتلين نفسياً (وجميع المخالفات المتعلقة بهذا الأمر) يتجاوز المفهوم الضيق إلى حدٍ ما الذي يتمسّك به ستراوسن وليفي (والعديد من الآخرين). في البداية، يمكننا التمييز بين الـ reactandum (الأشياء التي يتم التفاعل معها، أو أهداف تفاعلاتنا) والـ reactans (التفاعلات ذاتها). حيث تكمن مع كل منهما فروقات أخرى.

يمكننا التمييز بين التمسّك بالمواقف التفاعلية وبين التعبير عنها في ممارستنا في تحميل الآخرين المسؤولية. فعندما نتحدّث عن **التمسّك** بموقفٍ تفاعلي، نصف حالة داخلية (داخل-نفسية) تكون نوعاً من مزيج مرن من المواقف العقائدية (اعتقاد) مرفقة بموقف انفعالي. يتوافق اعتقادنا بأننا تضررنا مع بعض المواقف الانفعالية، والعكس صحيح. (لسوء الحظ، الاستياء، هو موقفنا النموذجي المرتبط-باللوم.) على الرغم من أننا غالباً ما نتمسّك بانعكاسات محضة عن الموقف الداخلي، إلا أنّ **التعبير** عن المواقف **يمكن** أن يكون مختلفاً بشكل ملحوظ عن **التمسّك** بموقف ما. ربما **يجب** أن تكون تعبيراتنا مختلفةً عمّا نتمسّك به. سأشرح في أول الأمر الطرق التي يمكن أن تختلف من خلالها هذه التعبيرات قبل الدفاع عن دعاوى أنها يجب أن تختلف، خاصة فيما يتعلق بالمعتلين نفسياً.

عندما نحدد هذا التمييز، في كل من النظرية والممارسة، يجب أن نحافظ على الدراية اليقِظة بالفجوة التي تحدث بين المواقف التفاعلية التي نتمسّك بها داخلياً وكيف تتم مراجعتها عند التعبير عنها. يجب أن نوازن المكاسب العملية التي نسعى إليها في تعابيرنا مع البقاء صادقين مع المواقف التي تكمن وراها،

بما في ذلك تلك المواقف التي تكون غنية عاطفياً[9]. على أية حال، لا داعي للقلق بشكل مفرط من أنّ الفجوة الأوسع بين التمسّك بالمواقف التفاعلية والتعبير عنها تستلزم بالضرورة أن نتحرك خارج نطاق المسؤولية الأخلاقية. وبالترجمة إلى مصطلحات ستراوسن، أن نكون مجبرين على تعليق المواقف التفاعلية الغنية عاطفياً وبالتالي اعتماد رؤية موضوعية معلّقة-العاطفة تجاه مرتكب الخطأ لا تزيل أو تُعفي بحد ذاتها مرتكب الخطأ هذا من ضوابط التعامل الأخلاقي. وفقاً لذلك، فإنّ التمييز بين التمسكّ بالمواقف التفاعلية والتعبير عنها يُعدّ مهماً بشكل خاص في الإبلاغ عن استجاباتنا إلى المخالفات التي يرتكبها المعتلون نفسياً، التي قد تتضمن على نحوٍ مسوَّغ نفس المواقف التفاعلية الغنية-بالعاطفة التي ندّخرها لبعضنا البعض.

هنالك تمييز آخر قد يكون أكثر أهمية هو التمييز الذي يرسمه مهنيو الصحة العقلية بين المواقف التفاعلية العاطفية وغير العاطفية[10]. يتبع استخدامي لكلمة "عاطفي= affective" هنا المعنى السريري للمصطلح باعتباره يصف الحالة الانفعالية للفرد والشغف النسبي أو عمق تلك الحالة كما يتم التعبير عنها ظاهرياً إمّا في السلوك اللفظي أو غير اللفظي. فعلى سبيل المثال، "يُظهر الذي يعاني من انعدام التلذذ [anhedonic] عاطفة خافتة". الأهم من ذلك، لدينا ميل للانخراط في اللوم العاطفي، وهذا يأتي بدرجات مشحونة نسبياً. أودُّ التوقف عند هذه النقطة للإشارة إلى أنّه وفق فهمي للرؤية الضيقة-الشائعة (مثل رؤية ستراوسن وليفي)، هذا النوع الفرعي الخاص من الـ reactans هو ما يعتبره

(9) ربما الصدق الذي أُشير إليه يحافظ على ما يسمّيه ستراوسن "الشي الحيوي" المتضمَّن في مواقفنا التفاعلية الذي يوجّهنا إلى المسؤولية الأخلاقية، والذي يأخذه على أنه في حكم الغائب عند اعتماد الرؤية الموضوعية والنظر في المنفعة المجتمعية للمواقف.

(10) هذا التمييز شائع الاستخدام عند الأطباء السريريين. انظر استخدام Hannah Pickard (2011) لمصطلحي "اللوم العاطفي وغير العاطفي" في مقاربتها للعمل مع الأفراد الذين تمّ تشخيصهم باضطرابات الشخصية.

غالب الملاحظين الشائعون على أنه النطاق الحصري للغة المسؤولية الأخلاقية. وعليه، عندما تُملي الرؤية الضيقة-الشائعة ما مفاده أننا "يجب ألا نحمّل المعتلين نفسياً المسؤولية"، فإنّ المقصود هو أننا "يجب ألا نلومهم". وحسب فهمي، فإنّ هذا النطاق المحدد للتعبير عن المواقف التفاعلية العاطفية هو ما تمّ تنبيهنا لتفاديه. سأعود إلى هذه النقطة قريباً لبلورة اعتراضي على الرؤية الشائعة بأنها مقاربة ضيقة للغاية لتحميل المسؤولية.

قد نُصدر عوضاً عن ذلك، تعبيراً غير عاطفي عن الموقف المعين. لتخيُل هذا، يجب أولاً أن نُطهِّر أنفسنا من مواقف "النزوع" إلى اللوم والاستياء النموذجية؛ وإلا فإنّ الفكرة غير المتسقة عن الاستياء غير الانفعالي تمنعنا من النظر في البدائل. في الواقع، يمكن إصدار مطالب أخلاقية في ظل غياب المستوى المرتفع من المحتوى العاطفي الذي يفترض ليفي وآخرون أنه يجب أن يصحب جميع أشكال "تحميل المسؤولية". لا يتعلق قلقنا هنا بقدر كبير بالموقف التفاعلي الضمني الذي يتم التمسّك به بالفعل، بل مع الطريقة التي يتم بها التعبير عن هذا الموقف بصفته مطلباً أخلاقياً. وعليه، فإنّ الـ reactans المرشّحة التي بين أيدينا هي التعبير غير العاطفي عن المواقف التفاعلية. والآن ماذا عن أهداف هذه التفاعلات، الـ reactanda؟

عندما نشكّل موقفاً تفاعلياً (تجاهل لحظياً الفروقات التي نوقشت للتو)، مع ماذا نتفاعل بالضبط؟ للإيجاز، دعونا نُشير إلى "الأشياء التي نتفاعل معها" بـ reactandum. لأسباب مفهومة، تفترض الرؤية الشائعة أنّ الفاعل هو الـ reactandum الواضح والحقيقي. وهذا أيضاً ينطبق بشكل عام على الأدبيات الواسعة حول المسؤولية الأخلاقية[11]. على أية حال، هنالك reactanda إضافية

(11) تأمل في دعوى George Sher (2008)، "إذا كان كل شيء حول مفهوم (المسؤولية) واضحاً، فهو أنّ ما يكون مسؤولاً عنه أي فاعل معين هو فقط أثر ما قام به هو بنفسه أو فشل في القيام به"، (ص 99). يُشير ليفي (2010) إلى نظريتين مميزتين عن المسؤولية الأخلاقية تمّ الاعتراف بهما بشكل عام في الأدبيات الواسعة النطاق:

يمكن تفسيرها، وعلى الرغم من أننا يمكن أن نحدد قائمة طويلة من هذه (الأسباب، الاختيارات، التاريخ الشخصي، إلخ.)، إلا أنني أودُّ التركيز على السلوك باعتباره الـ reactandum الذي يرتبط بشكل خاص بالنقاش حول هل يجب أن نحمّل المعتلين نفسياً المسؤولية.

لأجل رؤية قيمة الانتقال من توجيه مواقفنا التفاعلية بعيداً عن العميل إلى سلوكه، نحتاج إلى تذكّر القلق الرئيسي النابع من الرؤية الشائعة في أنه لا يجب تحميل المعتلين نفسياً المسؤولية (وعلى وجه التحديد، يجب أن نمتنع عن إلقاء اللوم عليهم) لأنّ القيام بذلك يضرّهم ويضع عبئاً غير معقول عليهم. تعترض الرؤية الشائعة على لوم المعتلين نفسياً لأنهم يُزعَم أنهم فاعلون غير قادرين على فهم الإلزامات الأخلاقية الأساسية من الأساس (ليفي، ستراوسن) ولأنّ لوم المعتلين نفسياً سيضرّ بهم بطريقة لا يستحقونها (ليفي). تنشأ هذه الاعتراضات التي أثارتها الرؤية الشائعة من إعطاء الأولوية للفاعل المريض وتاريخه الشخصي باعتبارهما الـ reactanda. لكنّ الاعتلال الذهني للفاعل وتاريخه ليسا هما الـ reactanda ذات الصلة الوحيدة التي تُبلغ، أو يمكنها الإبلاغ، عن تفاعلاتنا. فنحن ندرج -ويجب أن ندرج- سلوك الفاعل ومستقبله في قائمة الـ reactanda. ربما يجب أن يكون السلوك هو الـ reactanda التي تسوّغ إعطاء الأولوية. دعونا نلقي نظرة على حالة تتضمن القيام بذلك.

الإسنادية والإرادية. تركّز الأولى بشكل رئيسي على حرية الفاعل وهل يمكن إسناد الفعل مباشرة له أم لا، في حين تركّز الأخيرة على حرية اختيار الفرد في القيام بالفعل. ففيما يتعلق بالإرادية، يمكن أن نقول إنّ الـ reactandum ذا الصلة هو حالة حرية الاختيار التي قام بها الفاعل المعين، لكنّ تقييم حرية الاختيار سيؤدي إلى الـ reactans الموجّهة نحو الفاعل. فـ ليفي (2007b, 2010)، على الرغم من أنه مدافع معروف عن الإرادية، إلا أنه معرّض بشكل خاص إلى انهيار الإرادية إلى الإسنادية عند مناقشة المعتلين نفسياً. فعلى سبيل المثال، يدّعي ليفي أنّ المعتل نفسياً غير مسؤول لأنه، بسبب مرضه الأخلاقي، لم يختر أن يكون الشخص الذي هو عليه، وبالتالي، لا يمكنه أن ينوي التصرّف أخلاقياً، وعليه، فهو غير مسؤول عن الأشياء التي يقوم بها.

افترض للحظة أنّ الرؤية الضيقة-الشائعة صحيحة وأننا عندما نعبِّر عن المواقف التفاعلية تجاه المعتلين نفسياً نضرّ بهم. وافترض كذلك أننا محتاطون من إبعاد الفاعلين المعتلين نفسياً من خلال اعتماد رؤية موضوعية بحتة تجاههم (وعلاوة على ذلك، افترض أننا محتاطون من الاستنتاج الذي مفاده أننا ببساطة نحجر المعتلين نفسياً إلى أجل غير مسمى). هنا حيث خيار إعطاء الأولوية للسلوك باعتباره الـ reactandum الأكثر ملاءمة يكتسب جاذبيته. لأنه، إذا كانت مواقفنا التفاعلية تتمحور حول السلوك فإننا نتفادى الانتقاد، أو الهجوم المباشر على شخصية الفاعل أو ذاته. فإدانة الشخص شيء وإدانة السلوك شيء آخر تماماً. على الرغم من أنّ هذا قد يكون صحيحاً بشكل عام، يبدو أنه صحيح على نحو أكبر حتى في حالات الفاعلين الأخلاقيين الناشئين، كالأطفال والمراهقين، وأعتقد أنه، من بين هؤلاء، يجب أن نُدرج المعتلين نفسياً بصرف النظر عن مدى تأخر وامتداد ظهور نموهم الأخلاقي. إنّ الشخصية، بما في ذلك الإدراك الحسي-الذاتي لشخصيتنا، أكثر صعوبة في التغيير أو التعديل من السلوك والأنماط السلوكية، خاصة عندما نبالغ في الالتزام من الناحية الميتافيزيقية بفكرة أنّ التغيير السلوكي يمكنه أن يتبع تغيير الشخصية فقط. لأنه، عندما نعلّق على الشخصية (كما هو موضّح في المواقف التفاعلية)، نزعم أننا نعلّق على شيء مؤلِّف للفاعل، شي متجذِّر بشكل أعمق من السلوك، سلوكاً أكثر نمطية، يُزعم أنه يكشف عن شخصية المرء. على أية حال، إذا ما قللنا الالتزام بتوجيه مواقفنا التفاعلية إلى شخصية الفاعل وأعطينا الأولوية بدلاً من ذلك إلى السلوك، حينئذ فإننا لدينا المزيد من الأسباب للتفاؤل بأنّ ذلك التحسين الأخلاقي يمكن أن يحدث من خلال التعديل السلوكي. بدلاً من اعتبار الشخصية، أو لنكن دقيقين - الشخصية المريضة - كمصدر للسلوك، ربما نحتاج إلى الاعتراف بأنّ الشخصية والسلوك يعملان في الواقع في نوع من الترادف التجاذبي. تساعد هذه المقاربة كذلك على تفادي الاستنتاج الذي مفاده أنّ المعتلين نفسياً يعانون من مرض في الشخصية الأخلاقية غير قابل للتقويم، ولا يوجد علاج له.

عندما نعطي الأولوية إلى السلوك باعتباره الـ reactandum الأكثر ملاءمة، فإنّ الفرق، المذكور سابقاً، بين التمسّك بالمواقف التفاعلية والتعبير عنها يكتسب أهمية. قد تكون حقيقة قاسية عنا أننا عندما نتمسّك بموقف تفاعلي داخلياً فإننا نقوم بذلك مع وضع reactandum الفاعل المسيء في الاعتبار بقوة. على أية حال، لا يترتّب على ذلك أنه عندما نعبّر عن الموقف المتمسَّك به أنّ التعبير لا يمكن إعادة توجيه إحالته من الفاعل إلى السلوك المسيء بدلاً من الفاعل نفسه، شخصيته.

قد يكون من الضروري مساعدة المعتلين نفسياً على الاعتقاد بأنهم ليس لديهم شخصيات أخلاقية متضررة بشكل دائم وأنّ السلوكيات الخاطئة لا تُنتِج بالضرورة، كمسألة الانعكاس البافلوفي [Pavlovian reflex]، حياةً من السلوك الخاطئ. اعترف روبرت هاريس في ساعاته الأخيرة أنه عندما قتل الصبيين، عرف حينئذ أنه قد اختار الذهاب إلى الجحيم. وعلى عكس تجربة واتسون عن المواقف التفاعلية تجاه هاريس، فإنّ هذا الاعتراف هو المرة الأولى، وربما الوحيدة، في قراءة قصته ما جعلني أشعر بالتعاطف معه. وسواء أن نشأ عن التزام ديني، أو التزام ميتافيزيقي أخلاقي، أو اعتقاد أساسي بأن سنوات تكوينه كانت سيئة للغاية لدرجة أنه دُمِّرَ نفسياً، أو ما شابه، فإنّ ما هو أكثر حزناً في قصة هاريس هو فكرته أنه تمّت إدانته إلى الأبد بسبب سلوكه. أعتقد أنّ هذا يشير إلى أنه كان هناك شكلٌ ما من الحس الأخلاقي في مكان ما عميق داخل السيكولوجيا الأخلاقية لهاريس.

الختام

إنّ ما هو مقلق للغاية بشأن المعتلين نفسياً هو أنه بالنظر إلى الالتزام بالمعنى الضيق لثنائية الـ reactans-reactanda المفترضة بواسطة الرؤية الشائعة، فإن ممارساتنا النموذجية تعمل مع معظم الناس. ولكي نكون أكثر تحديداً، إنّ ممارستنا المعتادة من دمج تمسّكنا العاطفي بالمواقف مع تعبيرنا العاطفي عن

نفس تلك المواقف (وبمقادير متطابقة) المستهدَفة عند الفاعلين التي تكون مؤثرة للغاية في حياتنا العادية بلا خلاف، ليس لها أي تأثير على المعتلين نفسياً. وبما أنّ أسلوب عملنا التقليدي في تحميل المسؤولية يفشل تماماً مع المعتلين نفسياً، تستنتج الرؤية الشائعة من هذا أننا أمام شبه-فاعل مريض من الناحية الأخلاقية بالكامل. وما هو أكثر إشكالية هو الأهمية الإبستمية والأخلاقية التي نضع عليها دور الـ vmPFC في تمييز المعتل أخلاقياً من السليم أخلاقياً. عندما نفعل ذلك فإننا نخلط علم الأمراض مع النطاق الأخلاقي المعياري الذي نعامل فيه بعضنا بعضاً كفاعلين أخلاقيين، بما فيه من عيوب. لماذا يجب أن نعتقد أنّ ممارساتنا التقليدية لتحميل المسؤولية (وفق مزيج الـ reactans-reactandum الضيّق المذكور سابقاً) هي المعيار الذي، عندما يفشل، يعكس أنّ المشكلة يجب أن تكون في الفاعل غير المستجيب، وليس في الممارسة المعيارية ذاتها؟ لا ينبغي لنا أن نعتقد ذلك. ربما تجبرنا حالة المعتلين نفسياً على الاعتراف بأنّ الالتزام باللوم العاطفي هو معيار ضعيف لتحميل المسؤولية.

شكر وتقدير

أودُّ أن أشكر التالي ذكرهم لتعليقاتهم الثاقبة والمفيدة حول هذا الفصل: جون هاردويغ، آدم كوريتون، ديفيد ريدي، ديفيد بالمر، لويس بريسر، طلاب جامعة ولاية أبالاتشيان، 1 مارس 2016، برنامج الدراسات العليا في الفلسفة في جامعة نورث كارولينا في مركز شارلوت بار للأخلاقيات، 20 أبريل، 2016، ومحررا هذا الكتاب.

References

Berker, S. (2009), The Normative Insignificance of Neuroscience, Philosophy and Public Affairs, 37:293-329.

Blair, R. J. R. (2005), Responding to the Emotions of Others: Dissociating Forms of Empathy through the Study of Typical and Psychiatric Populations, Consciousness and Cognition, 14(4):698-718.

Blair, J., Mitchell, D., and Blair, K. (2005), The Psychopath: Emotion and the Brain, Malden, MA: Blackwell.

Cushman, F. and Young, L. (2009), The Psychology of Dilemmas and the Philosophy of Morality, Ethical Theory Moral Practice, 12:9-24.

Greene, J. (2008), The Secret Joke of Kant's Soul, pp. 35In The Neuroscience of Morality: Emotion, Brain Disorders and Development. W. S. Armstrong, ed. Cambridge, MA: MIT Press.

Hare, R.D. (1993), Without Conscience: The Disturbing World of the Psychopaths Among Us, New York: Pocket Books.

Knobe, J. and Nichols, S. (2008), An Experimental Philosophy Manifesto, pp. 3-14. In Experimental Philosophy. J. Knobe and S. Nichols, eds. New York: Oxford University Press.

Koenigs, M., Young, L., Adolphs, R., Tranel, D., Cushman, F. A., and Hauser, M. D. (2007), Damage to the Prefrontal Cortex Increases Utilitarian Moral Judgments, Nature, 446:908-911.

Levy, N. (2005), The Good, the Bad and the Blameworthy, Journal of Ethics and Social Philosophy, 1:1-16.

Levy, N. (2007a), The Responsibility of Psychopaths Revisited, Philosophy, Psychiatry and Psychology, 14:129-138.

Levy, N. (2007b), Norms, Conventions, and Psychopaths, Philosophy, Psychiatry and Psychology, 14:163-170.

Levy, N. (2010), Psychopathy, Responsibility and the Moral/Conventional Distinction. In Responsibility and Psychopathy: Interfacing Law, Psychiatry and

Philosophy. L. Malatesti and J. McMillan, eds. Oxford: Oxford University Press.

Noguera, A. R. (2000), Mad, Sad or Bad. Moral Luck and Michael Stone, Nursing Philosophy, 1:158-168.Pickard, H. (2011), Responsibility Without Blame: Empathy and the Effective

Treatment of Personality Disorder, Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 18(3):209-224.

Sher, G. (2008), In Praise of Blame, Philosophical Studies 137(1), 19-20.

Sher, G. (2009), Who Knew? Responsibility without Awareness, Oxford: Oxford University Press.

Sinnott-Armstrong, W. and Wheatley, T. (2014), Are Moral Judgments Unified? Philosophical Psychology, 27(4):451-474. doi:10.1080/09515089.2012.736075.

Strawson, P. F. ([1962] 1993), Freedom and Resentment. In Proceedings of the British Academy, Perspectives on Moral Responsibility. J. M. Fischer and M. Ravizza, eds. Ithaca, NY: Cornell University Press.

Watson, G. (1987), Responsibility and the Limits of Evil: Variations on a Strawsonian Theme, pp. 256-286. In Responsibility, Character, and the Emotions. F. D. Schoeman, ed. Cambridge: Cambridge University Press.

أسئلة دراسية

1 - متى يفتقر الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات ذهنية إلى الاستقلالية؟ وتحت أي ظرف يجب أن نقول إنهم ليسوا مسؤولين عن أفعالهم؟

2 - هل يجب إكراه الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات ذهنية على تلقّي العلاج؟

3 - كيف نُعطي اعتبار إلى خبرات الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات ذهنية؟

4 - ما هي استراتيجيات التغلّب على الوصمة في الاضطرابات الذهنية؟

القسم السادس

الفلسفة الاجتماعية والسياسية والطب النفسي

الفصل الثامن عشر

نظرية التنوّع العصبي ومساوئها: التوحّد، الفصام، النموذج الاجتماعي للإعاقة

روبرت شابمان

المقدّمة

إنّ حركة التنوّع العصبي هي حركة سياسية شعبية نشأت في البداية في أواخر تسعينات القرن الماضي. يتحدّى مؤيدوها ما يعتبرونه مَرْضَنةً [pathologization] افتراضية واستطباباً [medicalization] غير ضروري لـ "التنوعات البشرية الطبيعية" من قِبل الطب النفسي المؤسسي وكذلك المجتمع على نحوٍ أوسع. وبالمقارنة مع الحركة المعادية للطب النفسي السابقة، التي غالباً ما تحدّت الصحة البيولوجية أو البراغماتية للتصنيفات الطبية النفسية، فإنّ دعاة التنوع العصبي يقبلون بأنّ التصنيفات مثل التوحّد والفصام يمكن أن تكون طرقاً مفيدة وذات مغزى لتجميع الاختلافات المعرفية العصبية الأساسية - وإن تمّ استعادتها من الطب النفسي عبر تلك المسميات. ما يرفضونه هو فكرة أنّ هذه الأنواع (على الأقل بعضها) مضطربة بشكل متأصل. بدلاً من ذلك، بالنسبة لدعاة التنوّع العصبي، إنّ بعض الأنواع الطبية النفسية، خاصة، التوحّد، واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، وكذلك بعض الحالات الأخرى كمتلازمة داون وعسر القراءة [dyslexia]، هي أنماط أقليّة للأداء المعرفي العصبي يتم إعاقتها بواسطة المجتمع "النموذجي عصبياً" (أي "الطبيعي") المهيمن.

منذ استهلالها، والحركة تنمو بشكل سريع، وبشكل كبير على الانترنت

عبر المنتديات والمدونات، ومن خلال منظّمات مناصرة-الذات، مثل شبكة مناصرة-الذات للتوحّد. لقد أثّرت بشكل متزايد على السياسة والإدراك العام والممارسة السريرية. ففي الولايات المتحدة على سبيل المثال، تمّ تعيين آري نيمن، مؤسس شبكة المناصرة-الذاتية للتوحّد، من قِبل باراك أوباما في المجلس الوطني للإعاقة في عام 2009؛ في حين في المملكة المتحدة، أعلن حزب العمال في عام 2016 أنهم يعملون على استحداث وظيفة وزير التنوّع العصبي كمنصب حكومي رسمي. على الرغم من هذا، كان هناك اهتمام محدود، في الأدبيات الأكاديمية، بما أُسميه نظرية "التنوّع العصبي"، التي أعني بها الدعاوى النظرية المركزية والحجج الفلسفية التي ارتبطت بها الحركة. هذا يعني، هناك العديد من الأعمال الأكاديمية الآن حول كيفية ارتباط نظرية التنوّع العصبي، مثلاً، بالسياسة العامة، التعليم، الأدب؛ إلا أنّ هنالك القليل من التحليلات المنهجية والدقيقة عن المفهوم ذاته، أو عن فروقاته الفلسفية الرئيسية. في الواقع، على الرغم من أنّ الدعاوى الرئيسية لدعاة التنوّع العصبي فلسفية بطبيعتها في الأساس، إلا أنّ فلاسفة الطب النفسي، على نحوٍ غريب، لم يكن لديهم شيء تقريباً ليُضيفوه حول هذه المسألة[1]. ربما لأن معظم المناقشات تحصل، مثلا، في فضاء المدونات بدلاً من الأكاديميات، ولم يتم أخذها على محمل الجد حتى الآن في فلسفة الطب النفسي.

يسعى هذا الفصل إلى تغيير ذلك. مع أخذ الافتقار إلى التفاعل العلمي بين فلاسفة الطب النفسي وحركة التنوّع العصبي بالاعتبار، فإنّ أهداف هذا الفصل

---

(1) في المجلة الرائدة، Philosophy, Psychiatry & Psychology، على سبيل المثال، لم تكن هنالك صفحات مخصصة لموضوع التنوع العصبي، وجميع الصفحات تقريباً موغلة بقوة في ذات النموذج الذي تتحداه حركة التنوع العصبي. وبالمثل، في سلسلة الكتب الرائدة في المجال، International Perspectives in Philosophy and Psychiatry، المنشور بواسطة مطبعة جامعة أكسفورد، لم أجد سوى مناقشة موجزة عن الحركة، على الرغم من أنّ موضوع التنوع العصبي تتم دراسته بشكل متزايد في المجالات الأخرى كدراسات الإعاقة، والأخلاق البيولوجية، والسياسة.

على شقين. الأول، تعريف القارئ بالحجج والمفاهيم الرئيسية لنظرية التنوّع العصبي كما هي حالياً. وبطبيعة الحال، بما أنّ حركة التنوّع العصبي ليس لها زعيم ولا مرجع شرحي، فإنّ حجج ودعاوى مؤيديها غير متجانسة. ومع ذلك، فإنّ التفسير الأكثر دقة (في كل من الكتابات الأكاديمية وكتابات الأشخاص العاديين) يأتي من الناشط التوحّدي والأكاديمي المتعدد التخصصات نِك ووكر، المنشور على مدونته neurocosmopolitanism.com. وبالنظر إلى ذلك، سأركّز بشكل أكبر على تفسيره، وأُتممه بالتفاسير الأخرى، في مقابل النظرية الطبية النفسية المعيارية. الثاني، سأفحص بعين ناقدة حدود دعوى التنوّع العصبي فيما يتعلق بما يعتبرها الأطباء النفسيون حالات أكثر حدّة، خاصة ما يسمى بالتوحّد الشديد والفصام. في غالب النقاشات العامة، يتم تقديم هذه الحالات على أنها حالات حرجة، لا تستطيع حركة التنوّع العصبي تفسيرها. تُستخدم هذه الحالات في بعض الأحيان لاستبعاد مزاعم نظرية التنوّع العصبي تماماً. في مقابل ذلك، سأُشير إلى أنّ هذا القلق غير واضح. بمعنى أنه على الرغم من أنني لا يمكنني استبعاد هذه المخاوف بشكل تام في هذا الفصل الموجز، إلا أنني على الأقل سأُشكك في الافتراض الأساسي المتمثل في أنّ هذه الحالات هي عائق واضح أمام دعاة التنوّع العصبي. وبدلاً من ذلك، سأُجادل، آخذاً التنوّع العصبي على محمل الجد، بأنّ حسم النزاع قد يتطلب الخوض في مستوى أعمق.

بارادايم التنوّع العصبي

وفقاً لووكر، إنّ ما تنادي به حركة التنوّع العصبي على المستوى النظري هو، بشكل أساسي، تغيير البارادايم. متابعةً لـ كون (1962)، يُعرِّف ووكر البارادايم على أنه "مجموعة من الافتراضات أو المبادئ الأساسية، طريقة تفكير أو إطار مرجعي يحدد كيف يفكر المرء ويتحدث عن موضوع معين" (Walker 2014). وهذا مهم، بالنسبة للووكر، لأنه، فيما يتعلق بالملاحظات العادية والعلمية على حد سواء، "يحدد البارادايم الطرق التي يؤول بها المرء

المعلومات، ويحدد ماهية نوع الأسئلة التي يطرحها المرء وكيفية طرحها". لذا، على سبيل المثال، أياً كان البارادايم الذي تتمّ رؤيتها من خلاله سيقود الطريقة التي يجري بها البحث في التصنيفات مثل التوحّد وعسر القراءة، وبالتالي فإنّ نتائج البحث، بسبب تفسيرها من خلال البارادايم المعني الذي يقودها، فإنها على الأقل غالباً ما تدعم أو تؤكد فروضات ذلك البارادايم. فعلى سبيل المثال، كما وجدت إحدى المراجَعات الحديثة للأدبيات العلمية أنه، بسبب النظر من خلال البارادايم الطبي النفسي السائد حالياً، ما إذا كانت أجزاء أدمغة المصابين بالتوحّد أكبر أو أصغر من أجزاء أدمغة النموذجين عصبياً في المجموعة المعيارية، فسيتم تأويلها عادة وتلقائياً على أنها ناقصة نسبياً (Mottron 2011).

وبشكل خاص، ميَّز ووكر بين بارادايم التنوّع العصبي، الذي يُشير إلى المبادئ والمسلّمات الأساسية التي أظهرتها حركة التنوّع العصبي، والبارادايم المرَضي، الذي يعتبره يكمن وراء النظرية والممارسة الطبية البيولوجية والطبية النفسية كما هو الأمر حالياً. حيث يعتبر أنّ النموذج الأخير يستند إلى مسلّمتين أساسيتين (2013):

1 - "هنالك طريقة واحدة 'صحيحة'، أو 'طبيعية'، أو 'صحية' تنتظم وتعمل بموجبها الأدمغة البشرية والعقول البشرية (أو نطاق واحد 'طبيعي' ضيق نسبياً يجب أن يقع فيه انتظام وأداء الأدمغة والعقول البشرية)".

2 - "إذا اختلف تنظيمك وأداؤك العصبي (ونتيجة لذلك، طرق تفكيرك وسلوكك) بشكل جوهري عن المعيار السائد لـ "الطبيعي"، فهناك خطبٌ ما فيك".

بعبارة أخرى، يتمسّك هذا النموذج بأنّ الأفراد والمجموعات التي تقع خارج المفاهيم السائدة للطبيعي، إلى ما يُعتبر ذا مستوى مهم سريرياً في أي مكان أو زمان معين، يجب أن تكون مرَضية داخلياً. وهذا بدوره يؤدي إلى

اعتبار هذه المشاكل قضايا طبية باطنية، وإلى أسئلة تتعلق بكيفية "معاملة" و"معالجة" هذه الانحرافات.

وبشكل أدق، عندما يتعلق الأمر بنظرية طبية نفسية، هنالك إجماع عام على وجود الاضطراب الذهني وأنه يمكن تعريفه من خلال "الاختلال الوظيفي الضارّ" (APA). ولكي يتم اعتباره اختلالاً وظيفياً ضارّاً بهذا المعنى، يجب استيفاء شرطين. أولاً، يجب أن يكون هناك انحراف عن الأداء "الطبيعي" عند المستويات الانفعالية أو الإدراكية العصبية للأداء الذي بدوره يتجلّى بالعادة في ميول نحو أنماط معينة من السلوك عند المستوى السلوكي. وثانياً، يجب أن يقترن هذا الاختلال الوظيفي (وسلوكياته المرتبطة) بالأذى أو المعاناة، إما للشخص المصاب بالحالة، أو تجاه الآخرين، ما يُعتبر ذا مستوى "مهم سريرياً". والجدير بالذكر أيضاً أنه يتم الحكم على هذين الشرطين بدقة نسبة إلى ما يُعتبر معياراً قياسياً-للأنواع: أي ما يُعتبر طبيعياً للأنواع المعينة، في هذه الحالة البشر. حينئذ، وفق النموذج الطبي للاضطراب الذهني، أي كرْب أو عاجزية ناتجة يتم اعتبارها ناشئة، بشكل كبير على الأقل، من بعض الأمراض الانفعالية، أو البيولوجية، أو الإدراكية العصبية داخل الفرد، بسبب الشذوذ الداخلي (أي الاختلال الوظيفي). وهذا صحيح حتى لو كانت بعض العوامل الاجتماعية ذات صلة سببياً، كما في حالة بعض الاضطرابات الشخصية. بعبارة أخرى، على الرغم من أنه لا تزال توجد مساحة هنا للمعاناة التي تسببها الوصمة الاجتماعية والعوامل البيئية، إلا أنّ ذلك يُعتبر ثانوياً للاختلال الوظيفي الضارّ الأساسي داخل الفرد[2].

---

(2) على الرغم من أنه من المتفق عليه على نطاق واسع أنّ الاضطراب الذهني يشير إلى الاختلال الوظيفي الضار نسبة إلى معيار ما أو آخر، هنالك خلاف حول أفضل طريقة لتأطير وقياس ذلك (Bolton 2008; Glover 2014). تأتي التفسيرات الأكثر تأثيراً من بورز وويكفيلد. يعتمد بورز على مقاربة بيولوجية-إحصائية، حيث يمكننا اكتشاف الوظائف "الطبيعية" للبشرية من خلال المعايير الإحصائية القياسية-للأنواع. فعلى سبيل المثال، من الواضح أنّ الغالبية الإحصائية للقلوب هي ضخ الدم، وبالتالي

في المقابل، يعتبر ووكر بارادايم التنوّع العصبي قائماً على ثلاث مسلّمات أساسية مختلفة (Walker 2013):

1) "إنّ التنوّع العصبي هو شكل طبيعي ونفيس للإنسانية".

2) "إنّ فكرة وجود نوع 'طبيعي' أو 'سليم' واحد من الدماغ أو العقل، أو نمط 'صحيح' واحد من الأداء الإدراكي العصبي، هي متخيل مبني ثقافياً، وليست بأكثر صحة (ولم تعد موصلةً إلى مجتمع سليم أو إلى الرفاهية الشاملة للبشرية) من فكرة وجود ثقافة، أو عرق، أو جندر، 'طبيعي' أو 'صحيح' واحد".

3) "إنّ الديناميكيات الاجتماعية التي تظهر من خلال التنوّع العصبي تشبه الديناميكيات الاجتماعية التي تظهر من خلال الأشكال الأخرى للتنوّع البشري (مثل، تنوع العرق، الجندر، الثقافة). تتضمن هذه الديناميكيات ديناميكيات عدم المساواة في السلطة الاجتماعية، وكذلك الديناميكيات التي يعمل من خلالها التنوّع، عند تبنّيه، كمصدر للإمكانات الإبداعية".

فيما يتعلق بـ (1)، تماماً مثلما أنّ التنوّع البيولوجي مهماً لبقاء النظام البيئي وازدهاره، كذلك الحال، بالنسبة لدعاة التنوّع العصبي، يُعدّ التنوّع العصبي مهماً على نحوٍ مماثل للبشرية. فالتفكير التوحّدي، على سبيل المثال، أثبت أنه متكيفاً للغاية للعمل مع أجهزة الكمبيوتر والتكنولوجيا (Badcock 2009)، على الرغم من أنّ هذا بدا غير قابل للتصور لمعظم الباحثين قبل عدة

يمكننا اعتبار ذلك وظيفة "طبيعية" للقلب. وبالتالي، أي انحراف عن ذلك، إذا كان ضاراً على الأقل، يمكن اعتباره مرَضياً. في المقابل، يقترح ويكفيلد معياراً تطورياً، حيث أي انحراف ضار عن الوظيفة التطورية يمكن اعتباره مرَضياً. وفق هذا التصور، وبالنظر إلى أنّ القلوب تطورت لأجل ضخ الدم، فإنّ أي انحراف ضار عن هذا المعيار التطوري هو اختلال وظيفي ضار. وعليه، بالنسبة لهؤلاء المؤيدين للبارادايم المرَضي، يمكن تحديد الشذوذ بمعنى الاختلال الوظيفي الضار من خلال المعايير التطورية أو البيولوجية-الإحصائية.

عقود. وبالنظر إلى هذا، فيما يتعلق بـ (2)، يعتمد بارادايم التنوّع العصبي، على عكس البارادايم المرَضي، على مجموعة أوسع بكثير من طرق العمل ليكون شرعياً، وطبيعياً، وسليماً. فالأمر فقط أنّ البعض سيكونون أكثر أو أقل تكيفاً في سياقات مختلفة، مما يعني أنّ السياق يمكنه أن يجعل أوضاع تواجد الأقليات تبدو وكأنهم معاقين من الأساس (سأعود إلى هذا أدناه).

وفيما يتعلق بالديناميكيات الاجتماعية المذكورة في (3)، يقترح ووكر فرقاً إضافياً بين **التنوّع العصبي** (أو **المتنوعين عصبياً**)، الذي يُشير إلى الأشخاص الذين يقعون خارج المعايير الاجتماعية السائدة فيما يتعلق بالأداء الإدراكي العصبي؛ و**الأقليات العصبية**، التي تُشير إلى التصنيفات المبنية عن المتنوعين عصبياً (مثل، المتوحدين، وعسيريّ القراءة، وما إلى ذلك). فعلى نحوٍ ملحوظ، عندما يتعلق الأمر بالتنوعات العصبية، يُشير ووكر بشكل محدد إلى الاختلافات الإدراكية العصبية **السائدة** التي يعتبرها مرتبطة على نحو وثيق بتشكيل وتكوين الذات. لذا، مقارنة بشيءٍ كالصرع أو القلق العابر، تشير الفئات كالتوحّد وADHD إلى أشكال مختلفة من التواجد البشري. فالكون متوحداً، على سبيل المثال، كما ينص جيم سينكلير المناصر للذات-المتوحّدة، "يصبغ كل خبرة، كل إحساس، إدراك حسي، فكرة، انفعال، ولقاء، كل جانب من الوجود" (Jim Sinclair 1993)، مما يعني أنّ الطريقة الأفضل للتفكير في التوحّد ليست اعتباره حالةً تُغيّر الشخص الموجود مسبقاً، بل بالأحرى كـ "طريقة مختلفة من الوجود". من هنا، في مقابل الحديث عن "الأشخاص المصابين بالتوحّد" أو "الأشخاص المصابين بالفصام"، يتحدث دعاة بارادايم التنوّع العصبي عن "المتوحدين" أو "الفصاميين". في المقابل، عندما يتعلق الأمر بالأقليات العصبية، على الرغم من الطبيعي لأي فرد متنوّع عصبياً أن يكون على ما هو عليه، فإنّ الفئات التي نجمّعهم فيها تؤخذ من قِبل ووكر، بدرجات متفاوتة، لتكون بناءات مجتمعية أو براغماتية لتجمعات من قبيل التشابه-العائلي من السمات الإدراكية العصبية (للأفراد الذين ارتبطوا بالاضطهاد والاستبعاد). يسمح

هذا الإطار بفهم فئات مثل التوحّد، الفصام، وما إلى ذلك، التي لم يتم العثور على أساس بيولوجي لها (رُغم عقودٍ من البحث)، على أنها أقليات بالطريقة التي تُعتبر فيها الأقليات العِرقية ذات مغزى (أي رغم عدم كونها حقيقية بالمعنى البيولوجي). هذا يعني، أنهم يتشاطرون طريقة وجود متشابهة، وهذا له مغزى بسبب الظروف التاريخية المعقدة. كما أنه يفتح المجال أيضاً للحديث عن، مثلاً، التوحّد، باعتباره هوية سياسية لها ثقافتها الخاصة ومفرداتها المشتركة، تماماً مثلما يمكننا الحديث عن ثقافة المثليين بالرغم من عدم وجود "الجين المثلي" (Chapman 2016).

أخيراً، على عكس النموذج الطبي، فإنّ بارادايم التنوّع العصبي متشابك مع النموذج الاجتماعي للإعاقة، حيث إنّ العاجزية (الضرر، أو الكرْب، أو المعاناة) في طرق أداء الأقلية تنشأ بشكل مركزي من البِنى والمعايير الاجتماعية. يفرّق منظّرو النموذج الاجتماعي بين **قيود الأفراد** (أو التدهورات) **والعاجزية الاجتماعية**. النقطة الجوهرية هي أنّ جميع البشر لديهم قيود مختلفة (سواء أن كانت فيزيائية أو ذهنية)، لكن، في الغالب، لا يُصبحون معاقين إلا عندما تمنعهم البِنى والمعايير الاجتماعية من العمل. على الرغم من وجود العديد من النُسخ المقترحة للنموذج الاجتماعي، ورُغم أنّ ووكر نفسه لا يلتزم بأي نسخة معينة، إلا أنه ربما يكون الأنسب هو نموذج "التباين البشري الطبيعي" للإعاقة المقترح من قبل سكوتش وشرينر. ونص عبارتهما:

> يُعرّف نموذج التباين البشري الطبيعي للإعاقة الإعاقة بأنها "امتداد للتباين في الخواص الفيزيائية والذهنية إلى ما يتعدّى القدرة الحاضرة - لا المحتملة - للمؤسسات الاجتماعية على الاستجابة [...] في هذا التصور [...] قد يُنظر إلى المشاكل التي يواجهها الناس الذين يعانون من الإعاقة على أنها نتيجة فشل المؤسسات الاجتماعية (وتجلياتها الفيزيائية والثقافية) الذي يمكن عزوه إلى أنّ المؤسسات تمّ إنشاؤها للتعامل مع مجموعة أضيق من التباينات مما هو موجود في الواقع في أي مجموعة معينة".
> (Scotch & Schriner 1997: 155)

لذا، على سبيل المثال، على الرغم من أنّ الشخص المصاب بعسر القراءة قد يكون لديه، مثل أي شخص آخر، بعض القيود الخاصة-بالنوع عندما يتعلق الأمر بالمعالجة الإدراكية عندهم، إلا أنهم لن يكونوا معاقين إلا في المجتمع الذي بُنيَّ بطريقة يفشل فيها بشكل منهجي في استيعاب معالجتهم. يؤخذ هذا لتفسير أي إعاقة أو محنة قد يختبرها الأشخاص المصابين بعسر القراءة على أنها ناشئة من أسباب اجتماعية بدلاً من كونها قابلة للتتبّع إلى الباثولوجيا الطبية للفرد.

الاضطراب والتنوّع

كيف يمكننا تقييم أي من البارادايمات، إن وجد، هو الأفضل؟ بالنظر إلى أنّ الفرق، في جزء كبير منه، هو إحدى المسلّمات والفروضات الأساسية المختلفة، قد يكون القلق الأولي هو أنّ الاستقصاء العقلاني يعاني من قيود عند تقييم ما هو البارادايم الأفضل. يرتبط القلق هنا بكيف أنّ بعض البارادايمات المختلفة يُعتقد في بعض الأحيان أنها غير قابلة للمقايسة: أي، بسبب مشاطرة مسلّمات أساسية مختلفة، وكونها معنية بأسئلة مختلفة، وما إلى ذلك، هنالك درجة تفتقر بموجبها إلى القياس المشترك للتواصل البيني أو للتفكّر في مزاياها ضد بعضها البعض (Kuhn 1962). على الرغم من أنني أعتقد أنّ هنالك شيئاً يبعث على هذا القلق - كما سيتضح فيما بعد - إلا أنّ الحال هو أنّ النموذجين يتشاطران على الأقل بعض الأساسات المشتركة، وبالتالي يمكن تحقيق مستوى من الاتفاق المتبادل. إلى هذا الأساس المشترك سأنتقل الآن.

أعتبر أنّ هناك بعض التداخلات الكبيرة في هذا الصدد. أولها، كلاهما يقبلان بأنّ هناك على الأقل احتمالية وجود حالة إدراكية عصبية واحدة غير مرغوب بها على نحو متأصل على الأقل والتي يجب أن نسعى ببساطة إلى علاجها أو التعامل معها. فعلى سبيل المثال، مريم، التي يتماشى مسار تفكيرها العام مع دعاة بارادايم التنوّع العصبي، تذكر كيف أنّ:

هنالك ظروف معينة [...] شديدة للغاية لدرجة تجعل الازدهار شبه مستحيل. فانعدام الدماغ، عجز في النمو يولد الطفل فيه من دون مخ، هو أحد هذه الحالات. يولد الأطفال المصابون بانعدام الدماغ من دون التراكيب العصبية الضرورية للإبصار، السمع، الشعور بالألم أو أي دراية واعية بأنفسهم أو ببيئتهم من الأساس. لا يوجد علاج أو معالجة معيارية للأطفال المصابين بانعدام الدماغ، وعادة ما يموت الأطفال الذين لم يتم إجهاضهم في غضون بضع ساعات إلى بضعة أيام بعد الولادة. إنّ هذه الحالة، بلا شك، واحدة من أسوأ الحالات المتخيلة التي يمكن أن يُصاب بها حديثي الولادة. (Merriam 2010: 139)

بافتراض أنّ هذا التوصيف دقيق إلى حد بعيد، فمن الواضح أنّ هذه حالة إدراكية عصبية (رغم عدم تصنيفها كاضطراب ذهني) بمعنى ما أو بآخر. علاوة على ذلك، على الأقل يبدو أنها تفي بشرط ووكر من جهة أنه يجب أن تؤثر على نمو الذات بطريقة شاملة، حيث تصف هذه الحالة بوضوح (الافتقار) إلى الذاتية عند الرضّع[3]. ومع ذلك، بالرغم من استيفاء الشروط التي يقترحها ووكر لكي تُعتبَر تنوّعاً عصبياً، فإنّ هذه أيضاً، أعتقد على نحو غير قابل للإنكار، حالةً عن الاختلال الوظيفي الضارّ، بمعنى ما لغيره، مما يتطلّب البحث عن العلاج. ويبدو بالنسبة لي أنّ أي مناصر لبارادايم التنوّع العصبي سيقبل بذلك، على الرغم من أنهم قد يفضّلون تبنّي مفردات مختلفة. (وفي الحقيقة، إذا لم يفعلوا ذلك، فسيكون هذا سبباً وجيهاً لعدم أخذ فهمهم المحدد لبارادايم التنوّع العصبي على محمل الجد).

ثانيها، هو الاهتمام المشترك لتقليل الضرر، بمعنى المعاناة أو العاجزية، لأولئك المعنيين، وعلى نحوٍ معاكس، تشجيع إمكانية ازدهارهم، بمعنى كونهم قادرين على العيش حياة جيدة وذات مغزى. هذا يعني أنّ كلا المعسكرين، على

(3) على الرغم من أنه قد يتم الرد هنا بأنه نظراً لأن هذه الحالة تُوقِف أي ذات عن النمو من الأساس، بدلاً من كونها مسألة تحديد نوع الذات التي تنمو، فإنّ فهم ووكر لبارادايم التنوع العصبي يتوافق مع اعتبار هذه الحالة مَرَضية طبية.

الرغم من خلافهما حول الكثير، يُعنيان بتقليل المحنة والعاجزية اللتان يواجههما أولئك الذين يُعطَون حالياً مسميات طبية نفسية؛ وهكذا هنالك شعور مهم يتمثل في أنّ ما يرغب به كلاً منهما في الحقيقة هو تعزيز الظروف التي تسمح بالازدهار. والأمر فقط أنهما يختلفان فيما يتعلق بكيفية تأطير ذلك وتحقيقه.

أما التداخل الثالث فيتعلق بالكيفية التي يسمح بها كل بارادايم لمستوى من التسوية البراغماتية على الأقل فيما يتعلق بالالتزام بتقليل الضرر (والتشجيع على الازدهار). لأنه، حتى إذا لم نتمكّن من أن نتباين بشكل تام في أنّ أحد البارادايمات صحيح والآخر خاطئ (أي، في نوع من المعنى الموضوعي أو حتى العلمي)، فإنّ الالتزام تجاه كل من تفادي المعاناة غير الضرورية وتشجيع الازدهار يجب أن يسمح على الأقل بإعطاء بعض الأهمية لأي بارادايم يعمل في النهاية بشكل جيد فيما يتعلق بهذه الغايات، باعتباره الخيار المفضّل. فعلى سبيل المثال، إذا سمح أحدها بالسرد-الذاتي الذي ساعدَ على ازدهار، المتوحدين، مثلاً، فسيتم اعتبار ذلك سبباً وجيهاً لتبنّي ذلك البارادايم.

أخيراً، يتعلق التداخل الرابع بكيف أنّ دعاة البارادايم المرَضي، مثل دعاة بارادايم التنوّع العصبي، يلتزمون بشكل عام كذلك بعدم الاختلاف المرَضي غير الضروري. من منظور سريري، تحدث المرْضنة غير الضرورية عندما يبدو أنّ خطر الآثار السلبية يفوق الإيجابيات المحتملة وهكذا، على سبيل المثال، سيتجنّب العديد من الأطباء إعطاء تشخيص اضطراب الشخصية الحدّية بسبب اعتقادهم بأنّ الضرر الناجم عن الوصمة المقترنة بهذا الاسم يفوق الفوائد الإيجابية لإعطائه، حتى لو كانوا يعتقدون أنّ الاسم دقيق. وبالمثل، إذا لم يعتقدوا بأنّ الاسم "ASD خفيف" سيُفيد الفرد من جهة السرد-الذاتي الخاص به، وقد يضر به في الواقع، فقد يرون ذلك كسبب وجيه لإنكار ما يبدو تشخيصاً دقيقاً من ناحية أخرى. لذا، تماشياً مع دعاة بارادايم التنوّع العصبي، فإنّ دعاة البارادايم المرَضي غالباً، رُغم المظاهر الأولية، ما يعارضون المرْضنة في الحالات التي يعتبرونها غير مفيدة.

لذا كلا الإطارين يسمحان بفكرة أنّ هناك بعض الاختلالات الوظيفية الضارة بشكل متأصل التي تتطلب العلاج، وكذلك أنّ المرْضنة غير الضرورية مُشكِلة. وكلاهما يعتبران هذه الأمور مهمة بسبب الالتزام العام بالمساعدة في ازدهار أولئك الذين نسميهم حالياً مضطربين. فهُما فقط يختلفان فيما يتعلق بالطريقة التي يجب أن نقيس بها مثل هذه الحالات، وأين تقع الحدود، عندما يتعلق الأمر بغالبية الاختلافات الإدراكية العصبية. عندئذ، فإنّ الأسئلة الرئيسية، حقاً، عندما يتعلق الأمر بالبارادايمين هي مَن نعدّه واقعاً خارج هذا المعيار، وأين نرسم الحدود، وكيف يمكن أن نقيس ذلك. وكما رأينا سابقاً، يمكن تفسير هذا الاختلاف بشكل كبير، وإن لم يكن بشكل تام، من خلال مدى جودة إمكانية تفسير نماذج العاجزية الموظّفة من قبل كل بارادايم للإعاقة والكرْب المقترنين بكل منهما، إلى جانب الالتزام البراغماتي الإضافي بالتشجيع على الازدهار والحدّ من الكرْب. هذا يعني، أننا عندما ننظر من خلال النموذجين الطبي والاجتماعي، ربما نتمكّن من مقارنة صلاحية وفائدة كل بارادايم من خلال بعضهما البعض في ضوء ما هي الحالات أو الأقليات العصبية التي يبدو أنّ كلاً منهما يناسبها بشكل أفضل. لذا، من الواضح، كما اقترحتُ، أنّ أفضل تفسير لانعدام الدماغ هو ما كان وفق النموذج الطبي، نسبة إلى شيء مثل البارادايم المرَضي، لأنه يمنع إمكانية الازدهار تحت أي مجتمع ممكن (بحسب ما يمكنني أن أرى). لكن قد يبدو أنّ أفضل تفسير لعاجزية الحالات الأخرى هو ما كان وفق النموذج الاجتماعي، حتى لو بدا هذا يعارض البديهية إذا ما حكمنا بالظاهر.

وعلى الأخص، في هذا الصدد، ما اعتاد أن يُطلق عليه "متلازمة أسبرجر" (من الآن فصاعداً "التوحّد") قد تمّ ترسيخها في الأدبيات باعتبارها مثالاً عن الأداء المتنوّع عصبياً الذي لا يأتي على نحو واضح بأي مَيل متأصل تجاه المستويات السريرية من المعاناة أو العاجزية. فعلى سبيل المثال، تمَّ، من ناحية، تنفيذ الأيديولوجية الاقتصادية، والمعايير الجندرية، والمزيد من البِنى والمعايير الاجتماعية القياسية العصبية العامة في العاجزية والمرْضنة لأولئك

الذين مُنحوا هذا الاسم (انظر، على سبيل المثال، Timimi et al. 2010). ومن ناحية أخرى، يأتي النمط الإدراكي والقدرات المقترنة بالاسم مع نقاط قوة وكذلك قيود؛ ويبدو أنها تأتي أيضاً مع نوع مختلف بدلاً من نوع ضعيف من القوة الفاعلة الأخلاقية (Baron-Cohen 2011). وعليه، فإنّ الحالة تبدو في الحقيقة وكأنها اختلاف، بدلاً من اضطراب. ومع ذلك، على نقيض هذه الحالة المترسّخة بشكل جيد، غالباً ما يقدّم منتقدو حركة التنوّع العصبي الكثير مما يسمى بالحالات الشديدة، مثل ما يسمى في بعض الأحيان بالتوحّد "المنخفض الأداء" أو "الشديد"، والفصام. بالنسبة لهؤلاء النقاد، تُعدّ هذه الحالات مرَضية بوضوح مثلها مثل مرَضية انعدام الدماغ عندي. ونظراً إلى هذا، يعتمد النقاد على هذه الحالات لإظهار أنّ بارادايم التنوّع العصبي معيب، أو على الأقل محدود جداً في تطبيقه. هاتان الحالتان هما ما سأتناولهما الآن.

التوحّد المتعدد الإعاقات باعتباره أقلية عصبية

يتم تشخيص الحالة المصنّفة في الـ DSM-5 (APA) على أنها "اضطراب طيف التوحّد" إلى الدرجة "الشديدة" في ضوء ما تُعتبر مشاكل تواصلية واجتماعية عميقة، مصحوبة بإجراءات وروتينات ومصالح متكررة ومقيّدة. والجدير بالذكر أنه حتى داخل هذا القسم الفرعي المحدد (يسمى أحياناً "المنخفض الأداء") لطيف التوحّد، هنالك نطاق واسع من أنواع ومستويات الأداء. فعلى سبيل المثال، يمكن لبعض من يُفترض أنهم متوحدين بشدة، مثل مناصِرة التنوّع العصبي إليزابيث غريس، الكتابة ببلاغة والتعبير عن مستويات دقيقة من الفهم للعالم ولأماكنهم فيه. في حين لم يتمكّن الآخرون من التواصل بنجاح من الأساس، ويمكن أن يصاحب حالتهم إعاقة في التعلّم، صَرعَ، نوبات، وميل نحو سلوكيات إيذاء-الذات. أهتم هنا بذلك النوع الأكثر تعقيداً للحالة: أي الحالات التي يكون فيها الشخص المتوحّد غير اللفظي [لا يتكلم] يعاني من إعاقة في التعلّم أيضاً، ولديه صَرَع، ويحتاج إلى رعاية على مدار اليوم.

وبالنظر إلى هذه العوامل المتباينة، فإنّ هذا النوع من التوحّد المتعدد الإعاقات (هكذا سأسميه، لعدم وجود مصطلح أفضل) هو بالضبط ذلك النوع من الحالات الذي عادة ما يتم تقديمه على أنه يقيّد بارادايم التنوّع العصبي، لأنه يبدو، في الواقع، أنه مما لا يمكن إنكاره عند العديد من الناس أنّ القدرة على العيش حياة جيدة تتضاءل بشكل جوهري وشديد. يكتب طبيب الأعصاب البارز مانويل كازانوفا في منشور على مدونة:

> تدعو حركة التنوّع العصبي إلى التساؤل فيما إذا كان الأفراد المتوحّدون ذوو الأداء العالي يمثلون المتوحّدين بشكل عام. هل سيشعر دعاة التنوّع العصبي بنفس الطريقة لو غمرتهم نوبات الصرع، أو سلوكيات إيذاء-الذات، أو المعالجة الإدراكية المتضائلة إلى حد كبير؟ هل سيسعون إلى إيجاد علاج في حالة المعاناة من أي من العوائق المذكورة أعلاه؟
> (Manuel Casanova 2013)

لقد تكرر هذا الشعور في الأدبيات الأكاديمية الصغيرة الموجودة حول هذا الموضوع. فعلى سبيل المثال، تقترح كل من Jaarsma & Welin (2012) أنّ ما يسمونه "دعوى التنوّع العصبي" (أي أنّ الحالة هي اختلاف بدلاً من اضطراب) قابلة للتطبيق بشكل مسوّغ فقط على من يُسمون بالمتوحّدين ذوي الأداء العالي لا المتوحدين ذوي "الأداء المنخفض". وقد تكرر هذا الأمر أيضاً بين العديد من الآباء لمثل هؤلاء الأطفال المتوحّدين، الذين غالباً ما يشعرون بأنّ حركة التنوّع العصبي يهيمن عليها أُناس متوحدون، بدلاً ممَّن هم مثل ذريتهم.

الجدير بالذكر، أنه من المحتمل أن تكون الباحثة الرائدة في التوحّد Uta Frith متحدثة نيابة عن الكثيرين عندما تكتب أنّ إنكار وجود الاضطراب في مثل هذه الحالات ليس خاطئاً فحسب بل "منحرفاً" (2008). أعتقد أنّ ما يعتبره منتقدو التنوّع العصبي على أنه منحرف يرتبط بما يُعتبر أنه تغاضي أو إقصاء للمعاناة الرهيبة التي يختبرها العديد من المصابين بالتوحّد المتعدد الإعاقات

(وعائلاتهم). هذا يعني أنّ الفكرة المتمثلة في أنّ التوحّد هو اختلاف بدلاً من اضطراب قد تؤخذ للتغاضي عن الميل المتزايد تجاه جودة الحياة الأقل التي يظهر أنها تصحب الحالة، والأنواع المختلفة من الكرْب التي يبدو أنها تنجم عن ذلك. وعليه، فإنّ القلق، في جزء منه أخلاقي، فيما يتعلق بسوء التمييز المزعوم لمعاناة المتوحّدين. فوفق فهم كازانوفا، على سبيل المثال، يتجاهل دعاة التنوّع العصبي على نحو غير مسؤول "وجود النوبات، أو اضطرابات المزاج، أو الانتباه المتدهور، أو صعوبات التعلّم، أو الشذوذات الحسية في غالبية الأفراد المتوحّدين" (Casanova 2015).

ومع ذلك، من غير الواضح لي أنّ وجود النوبات، أو الأذى-الذاتي، وما إلى ذلك يوفر المسوغات لاستبعاد قابلية تطبيق بارادايم التنوّع العصبي. لدينا ردّان أساسيان هنا. أول شيء يجب ذكره هو أنّ بارادايم التنوّع العصبي لا يستبعد، في النهاية، أو يتغاضى عن المعاناة التي عادة ما يواجهها المتوحّدين. إذ على الأقل وفق تفسير ووكر، يسمح البارادايم بشكل صريح بمعالجة، مثلاً، الصرع، أو النوبات. حيث إنّ هذه الأنواع من الأشياء ليست في النهاية جزءاً من التوحّد (أي أنها حالات مختلفة تتواجد في نفس الشخص)، أو في الواقع، جزءاً مكوِّناً للذاتية. بالنظر إلى هذا، فإنّ هذه الحالات المشتركة الحدوث بشكل منتظم يمكن أن يُعتقد، ويجب أن يُعتقد، بالنسبة لووكر، أنها تقع داخل نطاق العلوم الطبية بالتحديد. والجدير بالذكر أيضاً: أنه لا تكفي حقيقة أنها تحدث بشكل مشترك ومنتظم مع التوحّد لِاستنتاج أنّ التوحّد ذاته مرَضي؛ من باب المماثلة، يقترن الكون أنثى بشكل سببي وإحصائي بالخطر المتزايد للإصابة بسرطان الثدي، لكن مع ذلك لا نستنتج أنّ الأنوثة ذاتها مرض.

أبعد من ذلك، تجدر الإشارة هنا إلى أنّ بارادايم التنوّع العصبي يعترف بشكل تام بأنّ جميع البشر لديهم قيود متأصلة. بالنظر إلى هذا، ليس هناك سبب للاعتقاد بأنّ تأييد بارادايم التنوّع العصبي يعني إنكار أنّ الإعاقة الإدراكية العصبية تتطلّب المساعدة، بأشكال متفاوتة. وهكذا، يُعدّ متسقاً بشكل تام مع

البارادايم الاعتقاد بأنّ هؤلاء الأشخاص المصابين بالتوحّد المتعدد الإعاقات قد يحتاجون، على سبيل المثال، إلى أشكال تعليم محددة-النوع (تماماً مثلما يستفيد النموذجيون عصبياً من أشكال التعليم المحددة-النوع أيضاً). ينطبق هذا أيضاً على الشذوذات الحسية: فدعاة التنوّع العصبي لا ينكرون وجودها، بل فقط يجادلون بأنّ العالم بحاجة إلى أن يتغيّر لكي يستوعبها، بدلاً من العكس (ويؤكدون أيضاً على كيف أنها يمكن أن تجلب في بعض الأحيان خبراتٍ إيجابية). في الواقع، قد يكون هناك مجال للتعزيز المعرفي، ولكنّ هذا لن يكون محفّزاً في ضوء الاندفاع نحو الكون طبيعياً؛ بدلاً من ذلك، إنّ القضايا الأخلاقية المتضمَّنة في أي حالة معنية ستحاكي تلك التي تنشأ عندما ينظر الشخص النموذجي عصبياً في التعزيز المعرفي (مثل، هل كان نتيجة أسباب وجيهة بالنظر إلى السياق المحدد للغاية، وما إلى ذلك).

أخيراً، وفيما يتعلق بسلوكيات إيذاء-الذات، فمن ناحية، ليس من الواضح أنها دائماً ما تكون مسبَّبةً بواسطة التوحّد بأي معنى ذي مغزى. إذ يُبلِغ الأشخاص المصابون بالتوحّد المتعدد الإعاقات الذين يكونون قادرين على التواصل (مثلاً، من خلال الكتابة)، والذين يشاركون في سلوكيات إيذاء-الذات، عن أنهم شعروا بضرورة القيام بذلك نتيجة أسباب اجتماعية، على سبيل المثال، تعرّضوا للتنمّر أو لم يتم الاستماع لهم. فكرة أنّ إيذاء-الذات يمكن إرجاعها بشكل تام إلى الشخص الذي يقوم بذلك بدلاً من كونها استجابة مفهومة للأحداث الخارجية، عندما يتم النظر إليها من هذا المنظور، تبدو أشبه بلوم-الضحية، وهو أمر غير مفيد على الإطلاق (Bridget 2012). ومن ناحية أخرى، حتى لو كانت هناك بعض سلوكيات إيذاء-الذات التي تكون في بعض الحالات متداخلة بشكل وثيق مع ذاتية الأفراد المصابين بالتوحّد المتعدد الإعاقات، فمن غير الواضح أنّ ذلك يجعلهم بالضرورة أفراداً مضطربين بشكل فريد من الناحية المهمة سريرياً. انظر في بعض سلوكيات إيذاء-الذات للنموذجيين عصبياً. أُشكك في أن يكون الكثير، أو ربما في أي، من المصابين بالتوحّد المتعدد الإعاقات يعانون من الإدمان على التدخين، لكن مع ذلك

يشارك العديد من الأشخاص النموذجيين-عصبياً بانتظام في هذا النشاط المؤذِ-للذات بدرجة كبيرة. لكن بطبيعة الحال، بالرغم من كون سلوك إيذاء-الذات هذا شيئاً متداخلاً مع الكون نموذجياً عصبياً على نحوٍ أعم من الكون متوحّداً، إلا أننا لا نعتبر النموذجية العصبية ذاتها مرضاً. وعليه، من غير الواضح أنّ قفزة التفكير هذه يجب قبولها بالضرورة عندما يتعلق الأمر بالتوحّد.

النقطة الثانية الجديرة بالذكر تتعلق بالجدوى المفاهيمية من "علاج" الشخص المصاب بالتوحّد. مع أخذ النقاط السالفة الذكر في الاعتبار، ربما يتعلق الاختلاف البراغماتي الرئيسي من جهة ما الذي لن يكون التنوّع العصبي قادراً على تقديمه لمساعدة معاناة الأفراد المتوحّدين فيما يتعلق بمحاولات "معالجة" أو "التعامل مع" التوحّد ذاته. على الرغم من أنّ البعض ربما لا يزال يرفض إمكانية تطبيق بارادايم التنوّع العصبي بالتحديد على أمل أن يتمكنوا يوماً ما من علاج الأشخاص المصابين بالتوحّد، إلا أنّ المشكلة في ذلك، بالنسبة لدعاة التنوّع العصبي، هي من غير الواضح أنّ هذا يقدّم معنًى مفاهيمياً كبيراً. كما يقول Jim Sinclair (1993):

> إنّ التوحّد ليس شيئاً يمتلكه الشخص، أو "قوقعة" ينحصر الشخص بداخلها. ليس هناك طفل سليم يختبئ وراء التوحّد. التوحّد هو طريقة وجود. إنه شامل؛ يصبغ كل خبرة، كل إحساس، إدراك حسي، فكرة، انفعال، مواجهة، كل جانب من جوانب الوجود. لا يمكن فصل التوحّد عن الشخص - وحتى لو كان ممكناً، لن يكون الشخص الذي كنت ستتركه هو نفس الشخص الذي بدأت معه.

المقصد هنا، بعبارة أخرى، هو أنه بالنظر إلى أنّ التوحّد شامل فهو يؤثر بشكل كبير على الإدراك المعرفي والإدراك الحسي وعلى كيفية تطوّر الذات وعلاقاتها طوال الحياة (شيء يقبله دعاة كلا البارادايمين)، وإذا ما عولج الشخص "المتوحّد"، فمن غير الواضح أنّ الشخص الناتج سيكون نفس الشخص الذي كان موجوداً قبل الإجراء. بدلاً من ذلك، فإنّ ما سيكون لديك يبدو أشبه بتدمير شخص واحد واستبداله بشخص آخر (وإن كان في نفس

الجسم). وبعبارة أخرى، "معالجة" توحّد شخص ما تعني في الحقيقة نهاية حياة الشخص المتوحّد، بمعنى ما، واستبداله بشخص آخر[4].

في هذه المرحلة، قد لا يزال من الممكن الرد عليهم من قِبل دعاة البارادايم المرَضي أنه، بالنظر إلى مدى انخفاض القدرات الإدراكية المختلفة، وكذلك الاستقلالية والقوة الفاعلة، للأشخاص المصابين بالتوحّد المتعدد الإعاقات، فإنّ البحث عن العلاج لا يزال له ما يبرره. في النهاية، يُنظر إلى هذه القدرات بشكل قياسي على أنها شيء ملازم لازدهار الشخصية، وللعيش حياة بشرية ذات مغزى. وعليه، قد يعتقد مناصرو البارادايم المرَضي أنّ تدمير شخص واحد لأجل آخر هو، وإن كان مرعباً، إلا أنه لا يزال مسوَّغاً، بل واجب أخلاقي حتى. لكن هنا نصل إلى طريق مسدود. لأنه، لكي تقوم قائمة لهذا الرد، يجب أن نفترض مسبقاً على وجه التحديد أنّ القيمة الإنسانية يجب الحكم عليها من خلال نوع من المعيار القياسي-للأنواع، بدلاً من قبول أنّ هناك طرقاً مختلفة للكون إنساناً، كل واحدة منها لها معاييرها الخاصة، وقيمها المحتملة ومُثلها العليا. في الواقع، بالنسبة لدعاة بارادايم التنوّع العصبي، الاعتقاد بأنّ هناك شيئاً ما خاطئ في الأشخاص المتوحّدين فقط لأنهم (على الأقل يبدو) لديهم قدرات إدراكية أقل من النموذجيين عصبياً، سيكون أشبه بالاعتقاد بوجود خطأ ما في اللبرادور [فصيلة من الكلاب الصيد الشعبية] بحجة أنّ لديه قدرات إدراكية أقل مقارنة ببوردر كولي [كلب حراسة الغنم الأسكتلندي الذكي]. بعبارة أخرى، سيعتمد الأمر على نوع ما من الخلط قبل-العلمي بين الفئات المختلفة، مما يؤدي بدروه إلى المرْضنة المفترضة للاختلاف. لكن بالنسبة لمناصر البارادايم المرَضي، سيكون من الصحيح تماماً القيام بذلك،

(4) يمكن كذلك منع التوحّد، على سبيل المثال، إذا كان اختبار ما قبل الولادة متطوراً ليسمح بالإجهاض المنتظم للأطفال المتوحّدين. فيما يخص ذلك انظر Virginia Bovell (2015)، التي طورت إطاراً هو الأكثر دقة لفهم ما يترتب على ذلك. فوفق تفسيرها، جادلت بشكل مفصّل أنّ محاولات علاج أو منع التوحّد تفتقر إلى الشرعية الأخلاقية.

لأنهم يعتمدون على معيار قياسي-للأنواع مفترض مسبقاً مختلِف من الناحية قبل-العلمية لأجل الحكم على صحّة أي نوع معين من الأداء الإدراكي العصبي. هذا يعني أنهم يفترضون مسبقاً امتلاك البشرية مركزاً أو حالة طبيعية واحدة بدلاً من عدة حالات، وهكذا يعتبرون أولئك الذين يقعون خارج ذلك ويصدف أنهم يعانون لأي سبب كان معتلين. قد يرجع الخلاف، جزئيا، إلى الاختلاف في الالتزامات والمسلّمات الأساسية، بالإضافة إلى الأحكام المتأثرة بالقيم والمتعلقات الأيديولوجية، المفترضة مسبقاً من قِبل دعاة كل بارادايم.

الفصام باعتباره أقلية عصبية

بوضع التوحّد جانباً في الوقت الحالي، أودّ الآن الانتقال إلى الفصام. كما هو الحال مع التوحّد، لا يمتلك الفصام مؤشراً بيولوجياً واحداً، ويتم تشخيصه بواسطة السلوكيات والتقارير-الذاتية. تشمل "الأعراض الإيجابية" الرئيسية الأربعة التي يقترن بها في الـ DSM-5 الهلوسات، الأوهام، التفكير غير المنتظم (الكلام)، والسلوك الحركي غير المنتظم أو غير الطبيعي (بما في ذلك الجامود [شذوذ الحركة الفصامي]) (APA 2013). تظهر هذه الأعراض عادة خلال فترة المراهقة المتأخرة أو مرحلة البلوغ المبكرة. وأبعد من ذلك، تقترن الحالة أيضاً بإعراض سلبية، أي تلك التي تحدث في الحياة المبكرة وقبل ظهور الأعراض الإيجابية للفصام. وتشمل هذه الأعراض العاطفة الجافة، الدافع الاجتماعي المنخفض، والخمول.

عادة، يُعتبر ظهور الفصام باثولوجيا طبية بيولوجية مأساوية تُدمِّر، أو على الأقل تقلل بشكل جذري من، الشخص الطبيعي نسبياً سابقاً، تماشياً مع هذا، يكتب كازانوفا (2013) الآتي:

> هل يستطيع أي شخص أن يتخيل الاعتماد بجدية على الحجة القائلة إننا لا ينبغي أن نسعى إلى معالجة الأشخاص الذين يختبرون الهلوسات، بل بدلاً من ذلك، نكون أكثر استيعاباً لـ "اختلافاتهم"، وبدلاً من البحث

عن الأسباب (البيولوجية)، يجب أن نركّز على مجموعة من "الخدمات" المحددة بشكل ضبابي للمصابين بالفصام؟ (Casanova 2013)

أعتبِر موقف كازانوفا المتمثل برؤيته للفصام كأقلية عصبية (أي غير مرَضية) هو مجرّد عبث واضح. في المقابل، يُدرج ووكر وآخرون بشكل روتيني الفصام في قوائمهم عن الأقليات العصبية. ومن المثير للاهتمام، أنني لم أتمكّن من العثور على أي حجج منهجية مقترحة تدعم استبعاد كازانوفا للفصام من، أو تضمين ووكر للفصام في، نطاقات التنوّع العصبي، لكنّ هذا لا يعني أننا لا يمكننا استكشاف الاحتمالية هنا[5]. بإيجاز، على الرغم من أنّ كازانوفا لم يقدّم حجة بشأن استبعاده الفصام، إلا أنني أعتبر أنّ هناك قلقين رئيسيين فيما يتعلق بكون الفصام غير ملائم لبارادايم التنوّع العصبي.

أولهما القلق العام من أنه قد يبدو بالفعل أنّ الفصام ضارٌ بطبيعته (أي بدلاً من الضرر الذي يكون ناتجاً عن المجتمع)؛ وثانيهما يتعلق بظهوره المتأخر، وكيف أنه يمكن أن يغيّر الأشخاص الذين ظهروا سابقاً "طبيعيين" نسبياً بعيدين عن التمييز. يتعلق القلق الثاني هذا بكيف وإلى أي مدى ترتبط الحالة بشخصية الشخص الفصامي: بعبارة أخرى، ما إذا كنا وإلى أي درجة نعتبره اعتلالاً يدمّر الشخص السليم سابقاً من ناحية، أو تطوراً طبيعياً لطريقتهم في الوجود من ناحية أخرى. قد يبدو هذا أكثر إشكالية مما في حالة التوحّد لأنه، على النقيض من تحديده تطور الذات خلال فترة الحياة برمّتها، قد يبدو، كما يكتب أحد الرجال عن ظهور الفصام لدى أخيه، إنّ "الأخ الذي ترعرعت معه قد مات" (مقتبس من Glover 2014: 374). بطبيعة الحال، سيعترض دعاة

---

(5) كما يتضح، على أية حال، من مجادلة مناصري حركة "الاعتزاز بالجنون" (الأقل فاعلية حالياً) على وجه التحديد فيما يتعلق بإعادة تقييم الفصام، بطريقة تتداخل بشكل كبير مع حركة التنوّع العصبي على الأقل (الأكثر فاعلية حالياً). وبكل الأحوال، بدلاً من مجرد تكرار حجج دعاة الاعتزاز بالجنون هنا، سأدرس الفصام من خلال بارادايم التنوع العصبي كما هو موضّح سابقاً بالتحديد.

التنوّع العصبي على هذا، ويقولون إنّ هذه كانت طريقة طبيعية بالنسبة للأشخاص المصابين بالفصام كي يتطورا وربما يستجيبوا لبيئتهم.

ومن الجدير بالذكر أيضاً، أنّ هذه ليست مسألة مفاهيمية بحتة: تنبع أهميتها إلى حد كبير من المدى الذي يكون اعتبار الفصام فيه جزءاً من الهوية أمراً مفيداً أو غير مفيد لأولئك المسمّين به. ولدعم فكرة أنّ الفصام يمكن أن يكون جزءاً أصيلاً من الشخص بطريقة مفيدة، ذكر جوناثان غلوفر كيف أنّ سايمون شامب، الذي تم تشخيصه بالحالة، اختبر في أول الأمر فصامه كاعتلال خارجي، لكن مع مرور الوقت أصبح يعتبره كجزء داخلي وإيجابي من هويته. بالنسبة لشامب، كان التصالح مع الفصام مسألة عن التواصل-الذاتي:

> الذي منحني أثمن خيط، الخيط الذي ربطَ احساسي المتنامي بالذات، خيط استصلاح-الذات، خيط الحركة نحو إحساس كامل ومتكامل بالذات، بعيداً عن التفتت والارتباك المبكر الذي شعرت به عندما اختبرت الفصام في أول الأمر. (مقتبس من Glover 2014: 386)

كما يُشير تشامب، لم تكن إعادة المواءمة التدريجية مع حالته تقنياتية فحسب، بل بالأحرى شيئاً ساعده على عيش حياة جيدة وذات مغزى. قد يُعطي هذا بعضاً من الدعم الأولي لفكرة بارادايم التنوّع العصبي المتمثلة في وجوب اعتبار الحالة، في الواقع، جزءاً متأصلاً في الذاتية.

إلا أنّ الكثيرين لا يصلون إلى نفس العلاقة-بالذات التي حققها تشامب. وعندما يتعلق الأمر بالتميز بين الشخص والاعتلال، فإنّ غلوفر نفسه يجادل بأنّ السؤال عن هل الفصام هو جزء من الشخص أم لا يؤول إلى أمرين: "التأييد الانعكاسي الخاص بالشخص، وقصة سيرته\ها الذاتية الفاعلة" (Glover 2014: 377). يتعلق التأييد في هذا الإطار بالتأكيد الثابت نسبياً للحالة التي تعكس قيم الشخص، في حين أنّ السرد-الذاتي يكون ذا صلة لأنّ الذات الحالية يمكن توثيقها جزئياً في ضوء كيف أنّ "قصة السيرة الذاتية المبدعة-ذاتياً والفاعلة"

تسمح للمرء بفهمها (377 :2014). إذا كان كلا هذين الأمرين ممكنين، فهنالك، وفقاً لغلوفر، سبباً وجيهاً للاعتقاد بأنّ أي تغيير في الشخص هو جزء أصيل في هويته. بالنسبة لغلوفر، يبدو سايمون تشامب حالة واضحة عن الشخص الذي دمجَ فصامه في شخصيته، وبالتالي عدّله بطريقة صحية وموثوقة. ومع ذلك، لا يزال غلوفر نفسه يعتبر الفصام ذاته اعتلالاً، ويؤكد على أنّ ما يسميه "شفاء" سيتطلب في الكثير من الحالات أدوية أيضاً. لذا فهو يمتنع عن تأييد منظور بارادايم التنوّع العصبي عندما يتعلق الأمر بالحالة على هذا النحو.

من الواضح أنّ الكثير من الأشخاص المصابين بالفصام يختبرون بالفعل طريقة وجودهم على أنها مكروبة للغاية، والكثير يجد راحة جزئية في الدواء. لكن هل يعني ذلك أننا يجب أن نفضّل بالضرورة التفكير في الفصام على أنه اعتلال؟ ما إذا كان ذلك مسوَّغاً أم لا ربما يعود إلى سؤال الضرر: إذا كانت الحالة غير ضارّة على نحوٍ متأصل، فإنه يبدو من المسوّغ اعتبارها تنوعاً عصبياً، لكن إذا كانت ضارّة على نحوٍ متأصل، فإنه يبدو من الوَهم بمكان إنكار أنها اضطراب. ومما هو ملحوظ، مجادلة البعض بأنّ الكَرْب المخبور بواسطة المصابين بالفصام يمكن تفسيره بواسطة عوامل تتجاوز الفرد. لويس ساس، على سبيل المثال، يجادل بأنّ كل من الفصام وذاتية مابعد الحداثة يتم تحديدهما بشكل كبير من خلال أنماط "فرط-الانعكاسية"، والاغتراب، والعالم المنزاح عن المركز والمتفتت بشكل متزايد. بالنظر إلى هذا، يجادل ساس بأنّ هنالك إحساساً قد تساهم من خلاله ذاتية مابعد الحداثة والمجتمع في المشاكل المختلفة المقترنة بالكون فصامياً، أو تضخّمها (Sass 2004: 320). وعلى نحوٍ ذي صلة، وجدت كذلك دراسة انثروبولوجية حديثة حول سماع الأصوات في الولايات المتحدة والهند، وغانا اختلافات مهمة فيما يتعلق بالكرْب المقترن بالأصوات. على الرغم من أنّ الأصوات يميل الأفراد إلى اختبارها على أنها تدخّلية ومزعجة في الولايات المتحدة، إلا أنّ الناس في الهند وغانا يميلون أكثر إلى اعتبارها حميدة ومرحة ومفيدة حتى (Luhrmann et al. 2014). وعلى نحوٍ ملحوظ، يفترض المؤلفون أنّ الاختلاف في الخبرات الغربية وغير الغربية

للهلوسة ينبع من المفاهيم البديلة للذاتية. ففي الولايات المتحدة، يهيمن مفهوم فرداني ذري على الذات، مما يؤدي إلى أصوات تبدو تدخّلية وكعلامة على الافتقار إلى التحكّم-بالذات. في المقابل، في غانا والهند، يهيمن مفهوم أكثر جماعية على الذات، وبالتالي يكون "المشاركون أكثر ارتياحاً في تأويل أصواتهم على أنها علاقات لا علامات على عقل مُنتَهك (... بالنظر إلى هذا) فإنّ الأصوات القاسية والعنيفة الشائعة جداً في الغرب قد لا تكون ميزة حتمية للفصام". تتناسب هذه الدعاوى بشكل تام مع العديد من الأشخاص الذين تمّ تصنيفهم على أنهم مصابين بالفصام الذين انظموا إلى جدال منظّمات المناصرة-للذات. إذ لم يجدوا اعتبار حالتهم كاختلاف دقيقاً من الناحية التقنية فحسب، بل كذلك، وعلى نحوٍ ملحوظ، أكثر فائدة بكثير من "العلاجات" التي تلقّوها بصفتهم مستخدمين-للخدمة داخل الطب النفسي المؤسسي (Farber 2012).

مع أخذ ذلك في الاعتبار، ورغم أنّ هؤلاء المؤلفين المختلفين لا يكتبون من منظور بارادايم التنوّع العصبي على وجه التحديد، إلا أنّ تبصّرهم الرئيسي - المتمثل في أنّ الكَرْب المخبور من قِبل الأشخاص المصابين بالفصام قد ينشأ من عوامل اجتماعية وعلائقية بدلاً من عوامل داخلية - يُعطي بعض الدعم لبارادايم التنوّع العصبي كما في تطبيقه على الفصام. بعبارة أخرى، بالنظر إلى أنّ الأشخاص المصابين بالفصام يمكنهم العيش، في المجتمع الصحيح، بطريقة لا يكونون فيها مكروبين إلى مستوى مهم سريرياً - وهذا قبل أن نصل حتى إلى نقاط القوة المقترنة بالإدراك الفصامي (Badcock 2009) - فمن غير الواضح أنه يجب وصف الحالة على أنها اختلال وظيفي ضار. على النقيض من ذلك، يبدو أنّ المُثل المهيمنة للذاتية تستبعد وتضرّ بعدد كبير من الأشخاص الذين يقعون خارجها، بما في ذلك المصابين بالفصام. يوفّر هذا سبباً إضافياً لتتبّع كَرْبهم إلى عوامل أيديولوجية واجتماعية دقيقة لكن شاملة بقدر ما هو الحال في الباثولوجيا المتأصلة. علاوة على ذلك، بالنظر إلى أنّ دمج فصام الفرد في السرد-الذاتي الموثّق، من المفترض، أن يساعده الموقف الأكثر إيجابية لبارادايم التنوّع العصبي تجاه كيفية ارتباط الأفراد بحالاتهم - ما يعني أنّ هناك بعض الأسباب

الأولية للاعتقاد بأنّ هذا قد يكون في النهاية أكثر عملية فيما يتعلق بتعزيز الازدهار الفصامي - فهو أمر يتعين على دعاة البارادايم المرَضي، كما ذكرنا سابقاً، أن يأخذوه بعين الاعتبار.

ملاحظات ختامية

ماذا يمكننا أن نستنتج من هذا؟ بالتأكيد لا أعتبر نفسي قد أثبتُ، أخيراً، أنّ جميع حالات التوحّد المتعدد الإعاقات أو الفصام يمكن تفسيرها بشكل كاف وفق بارادايم التنوّع العصبي (على الرغم من أنني أعتقد أنّ هذا قد يكون له ما يسوّغه في المستقبل). بدلاً من ذلك، أقصد تعطيل الافتراض المتمثل في أنّ هذه الحالات هي إشكالية بشكل واضح بالنسبة لبارادايم التنوّع العصبي. لأنه، يبدو ما إذا كان أحد البارادايمات هو الأكثر صحة من الآخر لن يؤول في النهاية إلى البحث العلمي، بل بالأحرى إلى (في بعض الأحيان بشكل اعتباطي وغير ومسوّغ) اعتقادات فلسفية أساسية ذات الصلة، مثلاً، ماذا يعني الكون ذاتاً، وماذا يعني الازدهار كإنسان، وإلى أي مدى يجب أن تحدد المعايير القياسية-للأنواع أحكامنا في هذا الصدد وهلم جراً.

في الحقيقة، إنّ استخدام أمثلة الفصام والتوحّد المتعدد الإعاقات لأجل انتقاد بارادايم التنوّع العصبي يطرح أسئلة بالفعل: لأنه يحتاج إلى أنّ يفترض مسبقاً على وجه التحديد أنواعاً مختلفة من الالتزامات المفاهيمية والأحكام المعيارية التي يرتبط بها البارادايم المرَضي لأجل الوصول إلى الاستنتاج الذي مفاده أنّ هذه، في الواقع، أفضل تأطير لها هي اعتبارها أمراضاً طبية. بالنظر إلى هذا، إذا ما رغب دعاة البارادايم المرَضي بالمجادلة بشكل مسوّغ أنها في الواقع إشكالية بالنسبة لدعاة بارادايم التنوّع العصبي، فسيحتاجون إلى تقديم نوع أعمق وأكثر دقة من الحجج - نوعاً يسوّغ تصورات ماذا يعني الكون ذاتاً، وطبيعة الازدهار البشري، وما إلى ذلك. وبطبيعة الحال، على نحوٍ مكافئ، فإن دعاة بارادايم التنوّع العصبي قد يصادرون على المطلوب كذلك: من خلال

افتراض أنّ جميع طرق الوجود (أو النطاق الأوسع منها) هي ببساطة طبيعية وشرعية، وهذا قد يؤدي إلى التغاضي عن بعض المشاكل التي تكون داخلية بالفعل لمختلف الأفراد أو المجموعات.

إذن، قد يكون أحد الاستنتاجات على النحو التالي: إنّ أخذ بارادايم التنوّع العصبي، أو على الأقل وجهات نظر أنصاره الأكثر دقة، على مجمل الجد، يعني مواجهة مدى عمق تحدّيه للممارسة والتفكير الطبي النفسي القياسي، وبالتالي مدى تداخل النظرية الطبية النفسية مع الأحكام المعيارية والمثقلة أيديولوجياً على نطاق أوسع. وإذا كان هذا صحيحاً، فإنّ هذا يتحدانا لإعادة فحص جميع الفئات والمفاهيم التي تندرج حالياً ضمن البارادايم المرَضي، لئلا يتضح أننا تمّ تطبيبنا بشكل خاطئ على أننا نعاني في أي جانب من جوانب الحياة البشرية الذي قد يكون أفضل تفسير له هو من خلال الاضطهاد والتهميش الاجتماعي.

شكر وتقدير

أنا مدين بالشكر إلى مؤسسة شيرلي لتمويلها بحثي حول التوحّد والتنوّع العصبي.

References

American Psychiatric Association (2013), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Badcock, C. (2009), The Imprinted Brain, London: Jessica Kingsley Publishing. Baron-Cohen, S. (2011), Zero Degrees Empathy: A New Theory of Human Cruelty and Kindness, London: Allen Lane.

Bolton, D. (2008), What Is Mental Disorder? An Essay in Philosophy, Science, and Values, Oxford: Oxford University Press.

Bovell, V. (2015) "Is the Prevention and/or Cure of Autism a Morally Legitimate Quest?' DPhil. University of Oxford.

Bridget, A. (2012), Autism and Self-Injurious Behaviours, The Thinking Person's Guide to Autism. URL = http://www.thinkingautismguide.com/2012/10/autism-and-selfinjurious-

behaviors.html Retrieved May 1, 2017.

Casanova, M. (2013), The Neurodiversity Movement: Good Intention Resting on a Shaky Scientific Foundation, Cortical Chauvinism. URL = https://corticalchauvinism.com/2013/06/11/the-neurodiversity-argument-good-intentions-resting-on-a-shakyscientific-foundation/Retrieved July 30, 2016.

Casanova, M. (2015), The Neurodiversity Movement: A Lack of Trust, Cortical Chauvinism. URL = https://corticalchauvinism.com/2015/01/05/the-neurodiversitymovement-lack-of-trust/Retrieved July 30, 2016.

Chapman, R. J. (2016), Autism Isn't Just a Medical Diagnosis-It's a Political Identity, The Establishment. URL = https://theestablishment.co/autism-isnt-just-a-medicaldiagnosis-it-s-a-political-identity-178137688bd5 Retrieved August 20, 2016.

Farber. S. (2012), The Spiritual Gift of Madness, The Failure of Psychiatry and the Rise of the Mad Pride Movement, Rochester, VT: Inner Traditions.

Frith, U. (2008), Autism: A Very Short Introduction, Oxford: Oxford University Press.

Glover. J. (2014), Alien Landscapes? Interpreting Disordered Minds, London: Harvard University Press.

Jaarsma, P. and Welin, S. (2012), Autism as a Natural Human Variation: Reflections on the Claims of the Neurodiversity Movement, Health Care Analysis, 29(1): 20-30.

Kuhn, T. (1962), The Structure of Scientific Revolutions, Chicago, IL: University of Chicago Press.

Luhrmann, T. M. R., Padmavati, H., and Tharoor, A. O. (2014), Differences in Voice-Hearing Experiences of People with Psychosis in the USA, India and Ghana: Interview-Based Study, The British Journal of Psychiatry, 206: 441-44.

Merriam, G. (2010), Rehabilitating Aristotle: A Virtue Ethics Approach to Disability and Human Flourishing. In Philosophical Reflections on Disability. C. D. Ralston and J. Ho, eds. Dordrecht and New York: Springer Verlag.

Mottron, M. (2011), Changing Perceptions: The Power of Autism, Nature, 479:33-35.

Sass, L. A. (2004), Negative Symptoms, Commonsense, and Cultural Disembedding in the Modern Age. In Schizophrenia, Culture, and Subjectivity. J. H. Jenkins and R. J. Barrett, eds. Cambridge: Cambridge University Press.

Scotch, R. and Schreiner, K. (1997), Disability as Human Variation: Implications for Policy, The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 549:148-159.

Sinclair, J. ([1993] 2012), Don't Mourn for Us, Autonomy: The Critical Journal for Interdisciplinary Autism Studies, 1.

Timimi, S., McCabe, B., and Gardner, N. (2010), The Myth of Autism: Medicalising Men's and Boy's Social and Emotional Competence, London: Palgrave Macmillan.

Walker, N. (2013), Throw Away the Master's Tools: Liberating Ourselves from the Pathology Paradigm, Neurocosmopolitanism. URL = http://neurocosmopolitanism. com/

throw-away-the-masters-tools-liberating-ourselves-from-the-pathologyparadigm/Retrieved June 14, 2016.

Walker, N. (2014), Neurodiversity: Some Basic Terms and Definitions, Neurocosmopolitanism. URL = http://neurocosmopolitanism.com/neurodiversitysome-basic-terms-definitions/Retrieved June 17, 2016.

الفصل التاسع عشر

إدارة الأفراد والجماعات من خلال التصنيف الطبي النفسي

ديفونيا هافيس ومليسا موسكو

المقدّمة

في هذا الفصل، نجادل بأنّ الطب النفسي يعمل على إدارة الجماعات والأفراد. وباعتباره ممارسة تخلق معرفة متخصصة مع تشكيلها للعلاقات الاجتماعية في نفس الوقت، نجادل بأنّ الطب النفسي يعمل من خلال ما يصفه ميشيل فوكو بالسلطة التأديبية والسلطة الحيوية. في هذا الصدد، تتم ممارسة السلطة من خلال إنشاء معايير للسلوك تعمل على إجبار الأفراد داخل تلك المعايير، وتصحيح السلوك الشاذ، وتقوية حدود الطبيعي. في الدول الحديثة، يتم استخدام تقنيات السلطة لإنشاء المعايير الاجتماعية ونشرها وتقويتها للسيطرة على الأفراد، مما يجعلهم منصاعين إلى بنية السلطة الموجودة. تتم ممارسة السلطة الحيوية من خلال تصنيف الأفراد إلى مجموعات، لأجل التحكّم في ولادة وحياة وموت ما يُصنَّف على أنها جماعات مرغوبة وغير مرغوبة. ومن خلال تنظيم الجماعات غير المرغوب بها أو الحدّ منها، يمكن أن تخلق الدول بيئات "آمنة" للجماعات المرغوب بها لتزدهر تحت مسمى الصحة الاجتماعية. يحلّل هذا الفصل كيفية عمل آليات التأديب والسلطة الحيوية خلال التصنيف بالنظر في ثلاث حالات: الإعقام الذي فرضته الدولة على النساء الفقيرات والنساء ذوات البشرة الملونة، والجراحات الفصّية التي أقرتّها الدولة على النساء في القرن العشرين، ومحاولات الدولة تحييد التهديدات الاجتماعية المتصورة

خلال القرنين التاسع عشر والعشرين عن طريق توقّع الأفراد والجماعات "الخطرة". يلعب استخدام الدولة المعاصرة لتكنولوجيا التنبؤ بالجرائم دوراً استباقياً مشابهاً من خلال الاعتماد على الخوارزميات لتقييم المخاطر المحتملة لارتكاب الجرائم في المستقبل. توضّح دراسات الحالة هذه كيف أنّ الممارسات الطبية النفسية تشترك في كل من السلطة التأديبية والسلطة الحيوية.

فوكو حول السلطة الحيوية، والسلطة التأديبية، والأفراد الخطرون، والصحة المجتمعية

يجادل ميشيل فوكو، في المحاضرة الحادية عشر من كتاب **يجب الدفاع عن المجتمع** (17 مارس، 1976)، بأنّ ممارسة السلطة في الدول الحديثة تعتمد على الآليات التي تكون مألوفة لكنها، مع ذلك، ليست واضحة. في الواقع، إنّ الحالات ذاتها لما يُعرَّف على أنه "طبيعي"، شرعي، مقبول دائماً ما تكون مشروطة مسبقاً بعلاقات سلطوية - حتى عندما لا يبدو الإكراه واضحاً. يربط فوكو، في هذه المحاضرة ومحاضرات **غير الطبيعي**، الإجراءات اليومية للدولة الحديثة بالعنصرية. تتضمن فكرة "العنصرية" التي يوظّفها المفاهيم التقليدية للعرق لكنه يوسّع أيضاً مفاهيم "العنصرية" لتشمل صيغة جديدة توصف بـ "العنصرية ضد غير الطبيعي". بالنسبة لفوكو، ارتبطت الوظيفة التاريخية للطب النفسي بنشوء "تكنولوجيا غير الطبيعي" التي تحثّ على التحكّمات والتدخّلات الاجتماعية التي تهدف إلى حماية المجتمع من الخطر المتصور. تعمل "تكنولوجيا السلطة على كل من الأفراد والجماعات بشكل مستقل وبالتوافق مع ما يصفه فوكو بـ "العنصرية العرقية" الغربية التقليدية. حيث يكتب:

> إنّ العنصرية التي أدى الطب النفسي إلى ولادتها... هي العنصرية ضد غير الطبيعي، ضد الأفراد الذين، باعتبارهم حاملين لحالة ما، أو وصمة، أو أي عيب كان يمكن... أن ينقلوا إلى ورثتهم العواقب غير المتوقعة للشر، أو بالأحرى لما هو غير طبيعي، التي يحملونها داخلهم. إنها عنصرية

ليست وظيفتها الكثير من التحيّز أو الدفاع عن مجموعة واحدة ضد أخرى كالكشف عن كافة مَن هم داخل المجموعة ممن قد يكونون حاملين للخطر على المجتمع. إنها العنصرية الداخلية التي تسمح بفحص كل فرد داخل المجتمع المعني. (1974: 316-317)

رُغم أنّ الأفكار القائمة على العرق قد لا تكون صريحة، إلا أنّ تحليل السلطة لفوكو يكشف كيف أنّ الأفكار العنصرية التي تعمل خلال التطبيع [normalization] تُصبح جزءاً لا يتجزأ من الآليات ذاتها التي تعمل من خلالها الدولة. فكما يُشير، "إنّ فكرة العرق لا تختفي، بل... تُصبح جزءاً من شيء مختلف للغاية، يسمى عنصرية الدولة" (1976: 239). إنّ خارطة الطريق المعطاة في محاضرة 1976 تكشف عن مجموعة من الآليات المعقدة وغير المرئية في الغالب التي تحدد ما نعتبره معطى أو معقول. يُعدّ هذا شكلاً من أشكال التطبيع الذي يُصعّب على معظمنا فهم أنّ ما نعتبره "طبيعياً" هو غالباً ما يكون نتيجة قسرية للعلاقات السلطوية. يوضّح تحليل فوكو الطرق التي تعمل من خلالها الآليات المحايدة ظاهرياً لسلطة الدولة كنقاط تثبيت للعنصرية المدعومة-من الدولة.

على الرغم من أننا نميل إلى تصنيف جميع أشكال العنصرية على أنها فردية بحتة، إلا أنّ فوكو يوضّح أنّ العنصرية، في الواقع، هي سمة للدولة الحديثة. لا ترتبط العنصرية بالأفراد فقط بل كذلك بالجماعات داخل الدولة. إنّ الأفكار المبسّطة عن العنصرية التي تصفها بأنها مسألة تتعلق بالكراهية الفردية أو التفضيل الشخصي تحدّ من القدرة على فهم كيفية اشتراك العرق في وشائج العلاقات السلطوية السائدة في الدول الحديثة. تحدّ هذه الأفكار "اليومية" عن العنصرية من المدى الذي يمكن أن يرتبط فيه التفكير العنصري ليس بالممارسات الفردية فحسب بل كذلك بالقوانين والممارسات المؤسسية. تُنشئ العنصرية ارتباطاً-بينياً بين القوى التي تحكم الأفراد والجماعات. في لغة فوكو، تستدعي عمليةً متزامنة لشكلين مختلفين من السلطة: التأديب، الذي يركّز على إدارة الأفراد، والسلطة الحيوية، التي تُعنى بتنظيم الجماعات.

تُنشئ سلطة التأديب معايير للسلوك الفردي وتحوّل الأفراد إلى "أشخاص منصاعين" يعملون وفقاً لتلك المعايير. تقدّم الآليات التي نقوم من خلالها بتدريب أطفال المدارس على أن يكونوا تلاميذ "جيدين" ومواطنين "صالحين" توضيحاً مفيداً عن كيفية عمل سلطة التأديب خلال عمليات التطبيع. يهدف التدريب الصحيح إلى إدارة الأفراد. وهو ليس مجرّد مسألة تتعلق بالعقاب، بل يتضمن أيضاً مكافآت للسلوك المطلوب. فالأطفال الذين لا يستوفون المعايير يتم تعريضهم إلى تدريب وتأديب إضافيين بدلاً من مجرّد معاقبتهم. وعلاج الفشل في استيفاء المعايير هو التأديب أكثر.

من ناحية أخرى، لا تُعنى السلطة الحيوية بالأفراد بل بالجماعات برمّتها. بعبارة فوكو، السلطة الحيوية هي التي تكون "موجّهة إلى جماهير البشر، ليس إلى درجة أنهم ليسوا أكثر من أجسادهم الفردية، بل إلى درجة أنهم يشكّلون، على النقيض من ذلك، كتلة عالمية تتأثر بالعمليات الشاملة، خصائص الولادة، الموت، الإنتاج، الاعتلال، وما إلى ذلك" (243 :1975). مع السلطة الحيوية، لا يرى المرء الأفراد كفرد، بل بالأحرى كجماعة تكون معروفة بناء على إحصائياتها الجمعية التي تُعنى بالولادة، الموت، الصحة، وما إلى ذلك. في هذا الصدد، يكون الفرد مجرّد مثال معين من مجموعة أكبر - الجماعة - التي تمتلك خصائص معينة تمّ تعيينها بشكل موضوعي بناءً على البيانات الجمعية للمجموعة. تمنح مثل هذه البيانات الدولة والمؤسسات معلوماتٍ عن السمات التي تميّز كل جماعة. من خلال هذه الطريقة، يمكن للدولة أن تعزز من الخصائص الصحية والجماعات السليمة عن طريق إزالة العناصر والجماعات التي تُضعِف من قوة الدولة. ومن خلال الحدّ من الشذوذات غير المرغوب بها أو تنظيم الجماعات، تستدعي الدولة السلطة الحيوية لخلق بيئات آمنة. ونتيجة ذلك، هنالك علاقة بين ازدهار الجماعات ذات الخصائص المرغوب بها وذبول الجماعات ذات الخصائص غير المرغوب بها. وبعبارة فوكو، تغدو الجماعات "مشكلة سياسية". لذلك، يُصبح من الضروري السيطرة على الحياة للسماح للجماعات المرغوب بها بالعيش وترك الجماعات غير المرغوب بها تموت. فقط

من خلال موت العناصر غير المرغوب بها يمكن للعناصر المرغوب بها الازدهار. يهدف هذا الشكل من أشكال الصحة العامة إلى تقليل تلك العناصر التي "تُضعف قوة الجماعة"، أي العناصر التي تبدد الطاقة وتكلّف المال" (1976: 244-249).

وفقاً لفوكو، تمتلك جميع الدول الحديثة نظاماً لإدارة الجماعة يقوم على تسلسل هرمي لبعض "أنواع البشر". تولّد السلطة الحيوية إطاراً عملياً يمكن أن يُفهم من خلاله أنّ بعض الأنواع-الفرعية البشرية هي أكثر قيمة من الأنواع الأخرى بسبب السمات الإيجابية التي تحدث بانتظام داخل تلك الجماعات. في نفس الوقت، يتم اعتبار المجموعات الأخرى من الأنواع-الفرعية البشرية غير معيارية مع رصد أنها تُظهر بانتظام سمات غير مرغوب بها يجب استئصالها. من هنا، يجب أن تنخرط الدولة في الصحة العامة لأنّ وجودها ذاته يُصبح مرتبطاً بزيادة مواردها إلى أقصى حد من خلال الحفاظ على الأنواع-الفرعية العليا، عن طريق السماح لها بالعيش والازدهار، مع السماح للأنواع-الفرعية الدنيا بالأفول والموت. تمنع الصحة العامة خطر زحف الانحطاط من الأنواع-الفرعية الدنيا من خلال الحدّ من "التلوّث" بالمجرمين. حيث تعزز ازدهار الأنواع-الفرعية السائدة، المجموعة ذات العيش-الصحيح، من خلال مكافأة السلوكيات والجماعات المرغوب بها. على الرغم من أنّ السلطة الحيوية تعمل عند مستوى مختلف عن السلطة التأديبية، إلا أنها تتخلل وتدمج نفسها من خلال وسائل التأديب القائمة.

الطب النفسي باعتباره مؤسسة اجتماعية

يعمل الطب النفسي كسلطة تأديبية وكسلطة حيوية لأنه ليس مجرّد تخصص أكاديمي أو ممارسة طبية، بل مؤسسة اجتماعية. إنّ الطب النفسي هو مؤسسة اجتماعية تتداخل وتتشابك مع المؤسسات الاجتماعية الأخرى، وبالتالي، فهو يحتوي على افتراضات اجتماعية ويقوّيها. إنّ مفهوم المؤسسة الاجتماعية

المستخدم هنا هو مفهوم كليّاني، بدلاً من المفهوم الذري (Miller 2009: 27). يسلّط التعريف الكليّاني للمؤسسات الاجتماعية الضوء على الترابط البيني للمؤسسات الاجتماعية المختلفة، ومساهمة تلك المؤسسات في النظم الاجتماعية الأوسع والأكثر اكتمالاً. والطب النفسي هو مؤسسة اجتماعية، على سبيل المثال، لأنه يتداخل مع البحث الأكاديمي والعلمي من خلال تطوير وتصنيف معايير الأمراض والاضطرابات - مثل الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية (DSM) الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية (APA). كما يرتبط بالقانون والنظام الجزائي [carceral] لأنّ الأمراض والتشخيصات الطبية النفسية تُستخدم كأدلة على موثوقية الشخص أو لإدانته، ويرتبط بالمؤسسات الاجتماعية للجندر والعرق، لأنّ هذه المجموعات الاجتماعية تمّت مرْضنتها عبر الزمن (c.f. Tekin & Mosko 2015). إنّ الطب النفسي هو المؤسسة الاجتماعية التي تساهم في النظام الاجتماعي الأكثر اكتمالاً مثل المجتمع الأمريكي من جهة أنه المؤسسة الاجتماعية الرئيسية التي نعيش من خلالها حياتنا والتي توزّع الحقوق والمسؤوليات وفقاً لمبادئ العدالة الأساسية الخاصة بنا (Rawls 1971). فعلى سبيل المثال، يمكن أن يتم إدخال الشخص الذي يتبين أنه يشكّل خطراً على نفسه أو على العامة بسبب الذهان أو الاضطراب الثنائي القطب إلى المستشفى بشكل غير طوعي كإجراء للحماية الاجتماعية (Sederer 2013). بقدر ما يكون المجال الطبي والأكاديمي للطب النفسي مطوّراً ومهذّباً للأعراض والعلامات المستعملة في تشخيص الفرد، مع إمكانية استخدام هذا التشخيص من قِبل السلطات القانونية والمدنية للحدّ من حرية الفرد، يكون الطب النفسي مؤسسة اجتماعية مساهِمة في المجتمع الأمريكي.

بالإضافة إلى ذلك، إنّ ممارسة الطب النفسي ومؤسسته الاجتماعية تحتوي على افتراضات اجتماعية وتعززها وتحمل انحيازاً لا يمكن تفاديه (Caplan & Wilson 1990). ففي البيئات السريرية، قد ينشأ الانحياز من السيكولوجيا الفردية للطبيب السريري، بما في ذلك التحيزات المعرفية، وهويته المهنية وممارساته، والعوامل السياقية لممارسته (Poland & Caplan 2004). ومن العوامل السياقية

ذات الصلة التي تخلق الانحياز هي الطلبات المتزايدة المفروضة على الأطباء مع انخفاض الوقت الذي يقضونه مع العملاء، وتأثير صناعة الأدوية على أبحاث وتطورات التصنيف التشخيصي وعلى الحلول القائمة-على العلاج الدوائي للمرض والاضطراب الذهني. تحت كل هذا هنالك اعتقاد ثقافي غربي يتمثل في أنّ هنالك حل لجميع المشاكل، وأنّ هذه الحلول يمكن تأتي وستأتي بسرعة في قالب علمي، وتكنولوجي وطبي (Poland & Caplan 2004). إنّ الأطباء السريريين هم أنفسهم أشخاص، وجميع الأشخاص لديهم تحيزات اجتماعية ومعرفية التي من شأنها أن تشق طريقها إلى الممارسة السريرية على نحوٍ لا يمكن تفاديه. إنّ تداخل الطب النفسي مع الممارسات الاجتماعية الأخرى، مثل التأثير الذي تمارسه صناعة الأدوية، والمعتقدات الاجتماعية حول حلول المشاكل الطبية النفسية المذكورة أعلاه، تجعل الطب النفسي - مثل أي ممارسة اجتماعية أخرى - عُرضة إلى التحيزات الاجتماعية وإلى استخدام الدولة للقوة في نهاية المطاف.

يندرج هذا الوصف للمؤسسة الاجتماعية تحت ما يصفه ميشيل فوكو بـ **الخطاب**، أو طرق الكلام وصنع-المعنى التي تشكِّل الأشخاص، والعالم، والمعرفة حول كليهما (Foucault 1969). يجادل فوكو نفسه بأنّ الجنون مبني اجتماعياً من خلال علاقات السلطة، ويتباين ويعتمد على المجتمع الذي يسعى إلى تعريف الجنون (Foucault 1961). على سبيل المثال، اعتُبر جموح أو تحدّي [defiance] النساء أحد أعراض الاعتلال الذهني في أواخر القرن التاسع عشر، وسَبباً لتشخيص النساء بالهستيريا. في الوقت الحاضر، يمكن اعتبار التحدّي كعلامة على القوة النفسية للفرد أو القدرة على مقاومة التأثير والضغط غير الضروريين[1]. وبهذه الطريقة، يُنتج المجتمع، من خلال آليات وممارسات الدولة المختلفة، "المجنون" عن طريق تصنيفه على أنه خارج المعايير الاجتماعية أو مقاوم لها.

(1) انظر فصل نانسي بوتر في هذا الكتاب لمناقشة التحدّي والتشخيص الطبي النفسي.

النساء، الجنون، وتقنيات الاستئناث

عندما تتقاطع حياة النساء مع الممارسة الطبية النفسية، يتم تسليط الضوء على حجة فوكو المتمثلة في أنّ الطب النفسي وَلَّدَ "تكنولوجيا **غير الطبيعي**" من خلال إنشاء التدخّلات الاجتماعية على الأفراد والجماعات ككل. هنالك حالتان في مطلع القرن العشرين ومنتصفه تُعدّان مثالاً على تطور التكنولوجيات[2] المستخدمة في التحكم بجسد المرأة لأجل تطبيعها وجعلها أكثر انصياعاً. ومع ذلك، أكثر من مجرّد التحكم في **النساء**، نرى كذلك التحكم بأجساد النساء باعتباره تقنية للصحة المجتمعية، مما يحدّ من القدرات الإنجابية للمرأة لزيادة الكفاءة الجينية للسكان بشكل عام. يجادل فوكو بأنّ سلطة التأديب الممارسَة على الأجساد نفسها، تخلق أجساداً منصاعة تعمل وفق المعايير الاجتماعية المحددة بواسطة المجتمع المعني. يظهر هذا في استخدام عملية بَضْع الفص الجراحية-النفسية على النساء لجعلهن منصاعات، طفوليات، "أنثويات". كما سنوضّح أدناه، إنّ تقنية بضْع الفصوص لإنشاء أفراد منصاعين تتناقض بشكل صارخ مع الحركات النسوية الناشئة في عشرينات وثلاثينات القرن العشرين التي ترى مشاركة المرأة في الحياة الاجتماعية والسياسية، فضلاً عن تزايد مطالب النساء بالتمثيل السياسي.

على أية حال، إنّ التقنية الطبية النفسية باعتبارها شكلاً من أشكال السيطرة على جسد المرأة لم تنتهِ بهدف خلق نساء منصاعات، فقد أصبحت أجساد النساء أداة سياسية من خلال برامج الإعقام القسري في القرن العشرين أيضاً. وكشكل لما يسميه فوكو السلطة الحيوية، استَخدمت ممارسات الإعقام القسري

---

(2) ما أقصده بـ "التكنولوجيات" هنا هو استعمال مفهوم فوكو الواسع عن التكنولوجيات والتقنيات باعتبارها عقلانيات عملية محكومة بهدف واعٍ. يمكن أن تكون هذه هي ما نُشير إليه بالعامية باسم "التكنولوجيا" لكن لا داعي لذلك. راجع Foucault, M (1988).

الإحصائيات الجماعية وآليات الطب النفسي للسيطرة على من يمكنه الإنجاب باسم الصحة الاجتماعية. حيث تمّت المجادلة بأنّ كاري باك، التي ستشكّل قضيتها سابقة قانونية عن الإعقام القسري لمن هم ضعاف-العقل، غير صالحة جينياً للإنجاب، لأنّ والدتها تمّ وضعها في المؤسسة الإصلاحية بسبب ضعف عقلها، وفسوقها، وبغائها. كان يُعتقد أنّ الاضطرابات الذهنية، والاختلاط الجنسي، والإجرام - بمساعدة الأدوات التشخيصية للطب النفسي - هي سمات قابلة للتوريث جينياً، وبالتالي كان من مصلحة المجتمع بأسره الحدّ من تكاثر مَنْ هو "غير مناسب".

الإعقام القسري والتحكّم بالسكان

في الولايات المتحدة في القرن العشرين، استخدمت برامج الإعقام القسري التصنيف الطبي النفسي كشكل من أشكال السلطة الحيوية والسلطة التأديبية. فبين عاميّ 1897 و1977، كانت لدى 33 ولاية في الولايات المتحدة برامج للإعقام غير الطوعي للأفراد الذين يعانون من اضطرابات أو اعتلالات ذهنية. على الرغم من أنه كانت هناك تحديات لهذه الممارسات، إلا أنّ المحكمة العليا في أمريكا حكمت في القضية الشائنة Buck v. Bell بأنّ إعقام الأشخاص المصابين باضطرابات ذهنية لا ينتهك الدستور الأمريكي. كان موضع الخلاف في قضية Buck v. Bell هو هل يمتلك د. ألبرت سيدني بريدي سلطة إعقام كاري باك بشكل غير طوعي على أساس أنها ضعيفة العقل، تمتلك ذكاء طفل بعمر 9 سنوات. ووالدتها، كما يُزعم، كانت تمتلك ذكاء طفل بعمر 8 سنوات، وسمعة عن "الفسوق" والبغاء. كما سيتضح، أنّ كاري باك لم تكن ضعيفة العقل (Lombardo 2008). لقد كان الاعتقاد السائد في ذلك الوقت هو أنّ الأطفال الفقراء، مثل كاري، سيكونون أفضل حالاً إذا ما تمّ إبعادهم عن منازلهم وتربيتهم في أُسر الطبقة المتوسطة. لقد تعرّضت كاري للاعتداء والاستغلال في منزل متبنيها، وعندما صُيّرت حاملاً بسبب ابن أخت أمها

بالتبني، أرسلاها والداها بالتبني إلى مستوطنة ولاية فرجينيا لعلاج الصرع وضعف العقل. وأصبحت حالة اختبار لقانون الإعقام لتحسين النسل في فيرجينيا. سمح القانون بإعقام أولئك "المبتلين بأشكال وراثية من الجنون المتكرر، أو الحماقة، أو البلاهة، أو ضعف العقل، أو الصرع" (Landman 1932: 84). وبسبب وضع والدة كاري في المؤسسة الإصلاحية في المستوطنة، تمّت المجادلة بأنّ قدرة كاري على الإنجاب تشكِّل تهديداً جينياً على المجتمع من جهة أنّ أطفالها سيكونون أيضاً ضعاف العقل وسيشكّلون عبأً أو تهديداً على المجتمع، مما حفّز القاضي أوليفر ويندل هولمز، الابن، ليقول مع رأي أغلبية المحكمة، "ثلاثة أجيال من البُلْه تكفي". إجمالاً، تمّ إجراء ما بين 60,000 إلى 70,000 عملية إعقام في الولايات المتحدة نتيجة لقضية Buck v. Bell، معظمها على النساء البيض الفقيرات[3].

كانت حركات تحسين النسل شائعة في زمن قضية Buck v. Bell. وقد حدّ قانون الهجرة لعام 1924 من عدد المهاجرين المسموح به للدخول إلى الولايات المتحدة، وتمّ التقييد بشكل شديد على المهاجرين من جنوب أوروبا وشرقها، تحديداً اليهود والإيطاليين، وتمّ الحدّ بشكل تام من هجرة الأفارقة والآسيويين إلى الولايات المتحدة. غالباً ما استشهد مناصرو قانون الهجرة لعام 1924 بتحسين النسل لدعمه، مدّعين أنّ قوة الولايات المتحدة تكمن في جزء منها في التكوين الجيني لسكانها (Baynton 2014). قبل هذا، تلقّت أبحاث وحركات تحسين النسل دعماً كبيراً من مؤسسات وشركات كارنيجي، كيلوغ، وروكفلر. في عام 1911، أسس عالم الأحياء الرائد تشارلز دافنبورت مكتب أبحاث تحسين النسل (ERO)، الذي سيمضي قدماً في جمع وتحليل أنساب العوائل. أعادَ ERO إبراز الرؤية التي مفادها أنّ بعض الأشخاص يشكّلون تهديداً على عامة السكان، وبالتالي فهُم غير ملائمين من الناحية الجينية للمجتمع. ووجدوا

(3) للاطلاع على مناقشة الحالات التقديرية للإعقام، انظر Cohen (2016).

أنّ "عدم الملاءمة" عادة ما تأتي من أسر وخلفيات فقيرة اقتصادياً. جادلت الناشطة في مجال حقوق المرأة مارغريت سانجر، المؤسِسة للمنظّمة التي ستغدو **منظّمة تنظيم الوالدية**، لصالح تحديد النسل والتخطيط الأُسري على أسس مماثلة لتلك الخاصة بتحسين النسل. حيث جادلت بأنّ أولئك الذين يكونون غير مناسبين لتربية الأطفال أو قد اكتسبوا سماتٍ غير مرغوب بها يمكن أن تنتقل إلى ذريتهم يجب أن يحدّوا من قدرتهم على الإنجاب (Sanger 1921: 5). حتى جاء حُكُم عام 1942 في قضية سكينر ضد أوكلاهوما [Skinner v. Oklahoma] الذي قيّد بشدة هذه الممارسة. كانت العديد من الولايات تستخدم الإعقام كإجراء عقابي، مما أدى إلى الإعقام القسري للأفراد الذين أُدينوا بجرائم تنطوي على انحرافات الأخلاقية. في حين أنّ قضية سكينر لم تُسقِط قضية Buck v. Bell، ولم تقضِ تماماً على الإعقام العقابي، إلا أنها جذبت الاهتمام إلى الاستخدامات الغريبة المتقلّبة غالباً للإعقام، وقد أوصى القضاة بتدقيق صارم في جميع قوانين تحسين النسل. في هذا الوقت تقريباً كانت آراء الأمريكيين حول تحسين النسل تتغير، ويرجع ذلك إلى حدٍ كبير إلى برامج تحسين النسل في ألمانيا النازية التي غذّت المحرقة (Sullivan 2002).

كان الهدفان الرئيسيان للإعقام القسري في حركة تحسين النسل الأمريكية هما الإجرام والاعتلال الذهني أو العيب الذهني. كان يُعتقد، في وقتها، أنّ كليهما سمات قابلة للتوريث جينياً، وكان يُعتقد أنهما مرتبطان بالطبقة الاجتماعية والاقتصادية. لقد استخدم الأطباء في مؤسسات الطب النفسي والسجون التصنيفات الطبية النفسية لإثبات أنّ الأفراد كانوا مؤهلين مناسبين للإعقام، وأنّ إعقام الأفراد "غير المناسبين" ضروري للصالح الاجتماعي. من خلال توظيف التصنيف الطبي النفسي وبتشجيع من المُثل التقدّمية، مارس علماء تحسين النسل السلطة على أجساد الأفراد لزيادة فائدتهم للمجتمع، أو على الأقل منعهم من إنجاب ذرية يُعتقد أنها ستستنزف الموارد الاجتماعية. ومن خلال ربط ضعف-الذهن والإجرام بالميل الجيني لدى الجماعات الفقيرة، أدارَ

علماء تحسين النسل بشكل فعال الجماعات الفقيرة عبر الإعقام القسري أو الأشكال الطوعية لتحديد النسل والتخطيط العائلي، كما هو الحال في دفاع مارجريت سانجر.

في حين أنّ الحالات المعروفة على نطاق واسع من الإعقام القسري حدثت في منتصف القرن العشرين، حتى عام 2010، إلا أنّ ممارسة الإعقام القسري تتطلب تدخّلاً قانونياً وسياسياً. فبين عاميّ 2006 و2010، خضعت حوالي 150 امرأة في مرافق سجن كاليفورنيا للإعقام القسري، مما دفع الهيئة التشريعية في الولاية في عام 2014 إلى حظر إعقام النزيلات باستثناء ما كان لأسباب طبية صريحة. تشير التقديرات إلى أنّ ولاية كاليفورنيا دفعت ما يقرب من 150,000$ لأجل ربط قناة الفالوب كجزء من بروتوكول الإعقام الخاص بها. قال أخصائي أمراض النساء والتوليد السابق في سجن فالي ستيت في كاليفورنيا إنه عرض الإجراء كخدمة للنساء، وأنّ التكلفة التي تتحملها الولاية على مدى فترة العشر سنوات ليست مرتفعة، "مقارنة بما تدّخره من دفع الرعاية الاجتماعية مقابل هؤلاء الأطفال غير المرغوب بهم - مع تزايد إنجاب النزيلات" (NPR 2013).

تُعدّ برامج الإعقام القسري في القرن العشرين والحادي والعشرين أمثلة رئيسية على كل من السلطة التأديبية والسلطة الحيوية. فالسلطة التأديبية تؤسس معايير سلوك الفرد وتُنشئ أفراداً يكونون منصاعين. كما في حالة كاري بيل، تمّ إخراجها من منزلها ووضعها تحت رعاية واستعباد عائلة متوسطة الطبقة، حيث مثّلت تهديداً على النظام الاجتماعي عبر بعض الابتلاءات الجسدية (أو الطبية النفسية). إنّ إعقام بيل وإعقام آلاف النساء الأخريات سمح لهن بالعمل بشكل أفضل وفق المعايير الاجتماعية والقيام بوظائفهن الاجتماعية على نحوٍ أفضل. تُظهِر ممارسات الإعقام القسري على أولئك الذين تمّ تشخيصهم بالجنون أو أولئك الذين تمّ اتهامهم بأنهم مجرمين استخدام التصنيف الطبي النفسي كشكل من أشكال السلطة الحيوية. يجْمع التصنيف الأفراد الفريدين والمختلفين بوجه

آخر سوية للسيطرة على الجماعات المشكّلة حديثاً لأجل الصحة الاجتماعية. كما ذكرنا سابقاً، تغدو الجماعات مشكلة سياسية، وبالتالي من مصلحة المجتمع بأسره السماح بعيش الجماعات المرغوب بها وترك الجماعات غير المرغوب بها لتموت. إنّ إعقام أولئك الذين يُعتقد أنهم ضعفاء جينياً من خلال الجنون والإجرام يسمح بشكل فعال بموت الجماعات غير المرغوب بها لكي تزدهر الجماعات المرغوب بها.

البضّع الجراحي للفصّ وإرث الهيستيريا

أحد الانتصارات الرئيسية للطب النفسي في منتصف القرن العشرين كانت تطوير العمليات الجراحية النفسية مثل بضْع الفص جراحياً [lobotomy]، الذي مثّلَ إلى جانب العلاج بصدمة-الأنسولين والعلاج بالتخليج الكهربائي (ECT) أعظم التطورات الطبية في الطب النفسي على مرّ الأجيال. تمّ تطوير كل واحدة من هذه الطرق لمعالجة أو تخفيف أعراض وعلامات الاعتلال الطبي النفسي الذي لا يمكن السيطرة عليه أو إدارته من ناحية أخرى إلا من خلال الإيداع في المؤسسات. وتمّ تطوير الشكل الحديث للبضْع الفصي بواسطة عالم الأعصاب البرتغالي أنطونيو مونيز في عام 1936، حيث استأصل الفص الجبهي الذي قطع الاتصالات الخلوية بين الفصوص الجبهية للدماغ التي يُعتقد أنها مشوهة في المرضى المصابين باعتلال طبي نفسي. وفي الولايات المتحدة، عمِلَ كل من والتر فريمان وجيمس واتس على تطوير تقنية، تلك الرائدة على نحوٍ ملحوظ المسماة بضْع الفص عبر محجر العينين في عام 1945. وبالنظر إلى النجاح الشعبي لجراحات بضْع الفصوص الجبهية لمونيز، سعى فريمان وجيمس واتس إلى تبسيط العملية وجعلها أكثر أماناً للقيام بها في المواقف الطبية المتنوعة. يتطّلب بضْع الفص الجبهي إحداث ثقوب في الجمجمة، ومع وجود مخاطر مرَضية مشتركة الحدوث عالية، تعيّن القيام بالإجراء في أجنحة جراحية مجهّزة جيداً. عدّل فريمان الإجراء بحيث يتمكّن الجرّاح من الوصول إلى دماغ المريض

من خلال التجويف المحجري، مما يقلل من الحاجة إلى ثقب الجمجمة. بالنسبة لفريمان، كان هذا يعني إمكانية نقل عملية بضْع الفص عبر محجر العينين من الجناح الجراحي الآمن إلى المستشفيات العقلية الحكومية التي كانت بحاجة لها، لكنها تفتقر إلى التسهيلات الجراحية.

في أربعينيات القرن العشرين، تمّ إنجاز على الأقل 20000 عملية بضْع للفصوص في الولايات المتحدة وحدها، وعدد لا يُحصى من الآلاف حول العالم. جادل المناصرون بأنه عندما تنجح عملية بضْع الفص، فإنها تؤدي إلى تطبيع سلوك المرضى (Walker 1993: 25). وفي أسوء حالات بضْع الفص، إمّا لم ينجُ المريض من العملية، أو توفّوا كنتيجة لها، أو عانوا من فقدان الذاكرة، أو من فقدان وظيفة جسدية، أو طوّروا الخرف. أصبح موثّقاً الآن بشكل جيد أنّ غالبية عمليات بضْع الفص التي تمّت في ذلك الوقت قد تمّ إجراؤها على النساء، اللواتي كُنَّ أيضاً المرشّحات الأرجح لـ ECT. هنالك أسباب مفصّلة وجندرية لإنجاز المزيد من هذه الإجراءات على النساء، منها، أنّ التأثيرات الباهتة لعملية بضْع الفص والـ ECT كانت آثاراً جانبية ملائمة للنساء اللاتي سيُصبحن عندئذ أكثر انصياعاً وأكثر قدرة على تلبية الواجبات المنزلية (Johnson 2014: 45; Walker 1993: 28).

وبالتالي، كانت لعملية بضْع الفص قيمة علاجية واجتماعية على حدٍ سواء: إذ أضفت طابعاً أنثوياً على النساء. وفي عشرينات وثلاثينات القرن الماضي، سعت النساء إلى أشكال جديدة من التعبير-الذاتي والانخراط المجتمعي التي كانت غير أنثوية على نحوٍ مميز في وقتها. وهكذا استخدمت الممارسة الطبية النفسية "سواء عن قصد أو عن غير قصد" علاجاتها لتكييف النساء المنحرفات مع الأدوار الجندرية التقليدية" (Walker 1993: 23). فعلى سبيل المثال، في عام 1946 تمّ إجراء بضْع فصّي لامرأة شابة من ميشيغان عُرفت بـ "الحالة 1000" ليس بسبب أنها كانت معتلة ذهنياً، بل لأنه عُرفَ عنها انتهاك القوانين والمعايير الاجتماعية. وقد حظيت قضيتها بالانتشار على

نطاق واسع وكثيراً ما أشارت الصُحف إلى عدم وجود الاعتلال الذهني أو الجريمة، بل إلى حقيقة أنها كانت تحب تدخين السجائر، وهو نشاط غير أنثوي للغاية (Johnson 2014: 44). كما أُجريت عمليات بضْع فصية على النساء العدوانية جنسياً والنساء اللاتي لديهن رغبات جنسية غير طبيعية. كما قيل أيضاً إنّ المرأة الموصوفة بـ الحالة 1000 كانت تعاني من نشاط جنسي عدواني، غير أنّ هنالك العديد من النساء المتزوجات اللاتي خضعن لعمليات بضْع الفصوص لأنهن مارسن الجنس خارج إطار الزواج، أو فقط كنّ غير سعيدات في زواجهن. أبلغت مجلة Jet عن حالة لامرأة تم إرسالها لإجراء عملية جراحية لأنها كانت سريعة الانفعال وترمي الأشياء على زوجها. وبالتالي، بالإضافة إلى السيطرة الجنسية على النساء غير المتزوجات، تمّ استعمال الجراحة النفسية للسيطرة على النساء داخل إطار الزواج، لاستعادة "الانسجام" داخل الزيجات المختلفة الجنس (Johnson 2014: 58).

في حين أنّ بضْع الفصوص لم يحظَ بنقاش واسع في الأدبيات، إلا أنه تمّت الإشادة به بشكل ناجح لقدرته على تطبيع الجندر للرجال أيضاً. كما تم استخدامه على الرجال الذين كانوا يرتدون ملابس النساء، وتصف قصة لوس أنجلس تايمز عام 1953 حالة رجل أعمال كان غير راضٍ عن زواجه وحاول الانتحار بإطلاق ست رصاصات على رأسه. إلا أنه نجى، وتمّ إجراء عملية بضْع الفص له. أشار طبيبه فريمان إلى أنه بعد شفائه، طلّق زوجته، ومضى في نجاح مهني ومالي. وبالنظر إلى أنّ النجاح المهني والمالي من السمات المميزة للرجولة (Johnson 2014: 58)، فإنّ عملية بضْع الفص لهذا الرجل ساعدته على التلاؤم مع المعايير الاجتماعية للرجولة.

تقاطعت الممارسة الطبية النفسية مع تطبيع الجندر قبل نصف قرن من ظهور البضْع الفصّي، في الدراسات العلمية عن الهيستيريا. رُغم أنّ تاريخ الهيستيريا حافل بالخرافات والأساطير (King 1993)، إلا أنه في أواخر القرن التاسع عشر شرعَ جان مارتن شاركوت في أول دراسة علمية وتصنيف للهيستيريا. وعلى

عكس الاعتلالات الذهنية الأخرى، اقتصر التشخيص بالهستيريا على النساء فقط، بناءً على ظهور علامات شلل حركي، فقدان الإحساس، تشنجات و\أو فقدان الذاكرة. على الرغم من أنّ شاركوت قضى حياته المهنية في تصنيف أعراض وتمظهرات الهيستريا باعتباره مراقباً، إلا أنّ أولئك الذين اتبعوه، مثل سيغموند فرويد، سعوا وراء أسباب الهيستريا. ومن خلال عمليات مطوّلة من المقابلات مع المرضى، اكتشف فرويد وآخرون أنّ جميع الإناث المصابات بالهيستيريا -غالباً ما عانين في حياتهن من العنف والاستغلال والاغتصاب- يتشاطرن تجارب عن صدمة جنسية سابقة. على الرغم من أنّ فرويد سيمضي في إنكار واقع تجارب الإناث المصابات بالهيستيريا لصالح الخيال والرغبة المكبوتين، إلا أنّ العلاقة بين الهيستيريا وجنسية النساء بقيَت في المتخيّل الشعبي (Gilman et al. 1993). من جانبه، سيُظهر شاركوت النوبات الهيستيرية في المرضى أمام الجمهور الكبير، معمماً صور الهيستيريا في كل من الأدب والسياسة. لقد غدت الهيستيريا بعيدة عن السيطرة في المتخيل الشعبي.

كما يكتب أحد المؤلفين، إنّ الأطباء النفسيين لم يشرعوا في دراسة النساء، لكنّ النساء وغموض الهيستيريا خدما هدفاً سياسياً مهماً للطب النفسي العلمي (Herman 1992: 10). فمع تراجع المَلَكية وظهور الجمهورية العلمانية في فرنسا، مثَّلَ استبدال "غموض" الهيستيريا بالملاحظة السريرية والتصنيف نجاح دور العالِم في المجتمع العلماني الجديد. وفي التذرّع بالنساء والهيستيريا لأجل العلم، أضفى الأطباء النفسيون طابعاً موضوعياً على تجارب النساء في سعيهم لاستبدال الأساطير الدينية بالفهم العلمي.

يُعدّ تاريخ الهيستيريا في أواخر القرن التاسع عشر مفيداً لوضع استخدام بضْع الفصوص على النساء في المنظور السياسي. لقد غدت النساء مفيدة للمجتمع العلمي العلماني باعتبارها موضوعات للدراسة. فما كان لقرون مضت "مرضاً غامضاً" عانت منه النساء وُضِعَ تحت الملاحظة السريرية. مكّنَ التصنيف والوصف العلميان للهيستيريا، وبالتالي للنساء، العلماء الذكور من ادعاء النصر

في صراع القرن التاسع عشر بين الإيديولوجية الديمقراطية المصاحبة للعلمانية العلمية والإيديولوجية السلطوية التي من شأنها الحفاظ على تديّن المجتمع. بالإضافة إلى ذلك، فإنّ الاصطفاف بين الهيستيريا والصدمة الجنسية - الذي سيستمر حتى القرن العشرين في تطوير معايير تشخيصية لاضطراب الكرْب ما بعد الصدمة - استحدث توليفاً إيديولوجياً للنساء، والاعتلال الذهني، والجنس والجنسية (Herman 1992). يظهر هذا في استخدام بضْع الفصوص على النساء في منتصف القرن التاسع عشر. لقد تمّ استخدام بضْع الفصوص، وكذلك الـ ECT، في "تطبيع" النساء للقيام بأدوار جندرية مناسبة، وكما ذكرنا، غالباً ما تمّ استخدامه للسيطرة على جنسية النساء وقصرها على الزواج المختلف الجنسين. لقد استُخدِمَ بضْع الفصوص كممارسة للسلطة التأديبية كما في توظيفه للسيطرة على أجساد النساء وجعلهن أشخاصاً منصاعين ومُروَّضين وشبيهين بالأطفال لِكي يمكن السيطرة عليهم بسهولة أكبر من قِبل المجتمع أو مقدّمي الرعاية أو الأزواج. لقد كان هذا ضرورياً من الناحية المجتمعية حيث بدأت النساء في تحدّي حدود المعايير الجندرية التي قيّدت حياتهن الاجتماعية، والاقتصادية، والسياسية في عشرينات وثلاثينات القرن الماضي. في الواقع، تمّ تصنيف مقاومة العلاج كعلامة على حاجة المرء إلى العلاج، مما أدى بشكل فعال إلى مرْضنة مقاومة المرأة للسيطرة على جسدها وعقلها. نرى في كل من حالتيّ الهيستيريا وبضْع الفصوص أنه تمّ استعمال الصحة الاجتماعية كأساس منطقي للسيطرة على النساء باعتبارهن جماعة.

بناء "الفرد الخطير" وتكنولوجيا التنبؤ بالجرائم

إنّ إصرار فوكو على أنّ "العدالة القانونية" لها علاقة بالمجرمين على الأقل بقدر ما لها مع الجريمة" (2013: 128) يُعدّ مفيداً ويقدّم طريقة لفهم آليات التصنيف الذي يهدف إلى تحديد وإدارة الجماعات التي يتم تمييزها على أنها تشكّل خطراً محتملاً بسبب تهديدها للمجتمع من الداخل. إنّ التركيز المتزايد

على تطوير منهج حسابي لاكتشاف علامات الإجرام المحتمل في الأفراد والجماعات يُشكِّل ما يسمّيه فوكو بـ "الاستطباب النفسي للخطر الإجرامي". وهذا باعث "لتقييد" المجرمين الذين، في ظل الظروف السائدة، قد ينجون من اعتبارهم مصدراً للخطر. عند هذا المنعطف التاريخي يُصبح الطب النفسي مرتبطاً بشكل رسمي بمشكلة تحديد "الأفراد الخطرين". ظهر هذا الاهتمام في القرن التاسع عشر وأُدخِل الطب النفسي في الإجراءات القضائية. حيث يتولى كل من الطب النفسي وعلم الجريمة المشكلة "الجديدة" - مما يجعل أمر أولئك المجرمين، الذين يرتكبون الجرائم التي تظهر على أنها "من دون دافع مادي"، مفهوماً وواضحاً. من هنا، فإنّ الطب النفسي وعلم الجريمة يجب أن يطورا القيد الذي يُشير إلى المكوّن الخطير حتى عند غياب العلامات المرئية المشيرة إلى الخطر. يُشير التهديد الذي يلوح في الأفق إلى ضرورة إدخال الطب النفسي في الآلية القانونية لضمان "الصحة العامة" (Foucaukt 2013: 130-134). ركّز القرن التاسع عشر على اكتشاف الخطر الإجرامي قبل إمكانية ربط ظهوره بجهود الأمن التنبؤي المعاصر الذي يسعى إلى اكتشاف الجريمة المستقبلية قبل وقوعها. في الواقع، يعتمد الأمن التنبؤي على الارتباط التاريخي بين الطب النفسي وعلم الجريمة الذي يشرحه فوكو في تحليله لمشكلة "الفرد الخطير". إنّ هذه الآليات التاريخية لتقييد "الأفراد الخطرين" بالإضافة إلى المخاوف حول هؤلاء الأفراد والجماعات تدعم استعمال تكنولوجيا الأمن التنبؤية وتساند إجراءها.

ظهر مفهوم "الفرد الخطير" إلى جانب المخاوف المتعلقة بالجرائم التي كانت مروّعة ومقلقة على وجه التحديد لأنها كانت مصحوبة بعدم وجود "العلامات المرئية" السابقة التي من شأنها أن تحدد الشخص الذي ارتكب الجريمة على أنه خطير. وبما أنّ هذه الجرائم لم تكن مصحوبة بالعلامات المعتادة للجنون وكانت، وفقاً "للخبراء"، يُنظر إليها على أنها "جرائم ضد الطبيعة، وضد تلك القوانين التي يُتصور أنها منقوشة آنياً في قلب الإنسان" (Foucault 2013: 131)، سعى الأطباء النفسيون إلى الدخول إلى الآلية القانونية عبر تطوير تكنولوجيا استباقية من شأنها تحييد التهديد الاجتماعي عن طريق

"التعامل" مع الخطر و"معالجة" الاعتلال الاجتماعي. بثَّ هذا النموذج الطبي، الذي وصفَ الجريمة على أنها اعتلال، الحياة في تكنولوجيا العقاب التي ركّزت على الفرد بدلاً من الجريمة.

في الواقع، إنّ أولئك الذين ارتكبوا هذه الجرائم كانوا وحشيين بالنسبة للخبراء لأنّ عدم وجود مؤشرات مسبقة جعل الجرائم، في تقديرهم، غير مفهومة. لقد اتسمت الجريمة المرَضية بـ "القتل الوحشي والعنيف من دون سبب، ومن دون مقدّمات، والظهور المفاجئ لما هو غير طبيعي في الطبيعة" (Foucault 2013: 132). حفزت هذه الجرائم الحاجة إلى علم النفس الجرائم الذي يمكنه أن "يعمل كـ... صحة عامة". وقتئذ، كان هدف الطب النفسي الاستطبابي معالجة الخطر الاجتماعي - الذي تمّ تمييزه بأنه "خطر على المرء، والآخرين، والمعاصرين للمرء، وكذلك على ذريته من خلال الوراثة" (Foucault 2013: 134). فكانت الفكرة حينئذ وجود آلية من شأنها أن تسمح بـ "السيطرة على من هو خطير في سلوكه البشري" (Foucault 2013: 135). أصبحت "خطير" تُصنَّف على أنها "إجرام يُشير إلى الاختلال من دون أعراض أخرى غير الجريمة نفسها". كان يُنظر إليه على أنه "الجريمة التي تكون جنوناً والجنون الذي يكون جريمة" (Foucault 2013: 132). ولمزيد من التوضيح، تمّ النظر إلى الفرد الخطير على أنّ به جِنَّة ومجسِّداً للإجرام الذي "يتعدّى على جميع قوانين الطبيعة والمجتمع" والذي يبقى غير مرئي حتى ينفجر (Foucault 2013: 134-135). في الواقع، كان يُعتقد أنّ جنون الفرد يتم تأكيده بواسطة جريمة الفرد ويُنظر إلى الجريمة على أنها دليل على جنونه. يتم تحديد "الخطر" عن طريق التصرّف الذي "تترتّب عليه عواقب قصوى" مع "حدّ أدنى من التحذير. أي الأكثر آثاراً والأقل علاماتٍ" (Foucault 2013: 135). إنّ الجريمة هي الحَدث الذي يشير إلى وجود المكوّن الخطير وكذلك يُشير إلى الخطر على المجتمع. تعني إدارة هذا الخطر أنّ "العدالة القانونية" يجب أن ترتبط بالمجرمين بقدر ارتباطها بالجرائم.

وبذلك، وفقاً لتحليل فوكو، يتم اعتبار المجرم مجنوناً كما هو مبيّن من خلال ارتكاب الجرائم التي تكون ظاهرياً "بلا سبب" (Foucault 2013: 136). لقد اعتُبرت هذه الجرائم إشكالية على نحوٍ خاص لأنّ إدارة العدالة الجنائية كانت تنطوي على "تكنولوجيا مسوَّغة يمكن استخدامها" في معاقبة الفرد. كان عبء العقاب يقع على المجرم بدلاً من الجريمة. لا يمكن للآلية العقابية العاملة بموجب هذا المنطق أن تعمل تحت ظروف يُجيز فيها القانون العقوبة لكنّ المحاكم لا تستطيع تطوير صلة مفهومة نفسياً بين الفعل وصاحبه (Foucault 2013: 138). إنّ الفرد الخطير، باعتباره تهديداً، تطلَّبَ أن يتم تفسيره من خلال الخطابات التي تدمج أفعال المجرمين في السلوك العالمي للأشخاص. فـ "ثيمة الرجل الخطير"، نتيجة لذلك، تم إدراجها في مؤسسات الطب النفسي والعدالة باعتبارها آلية لكشف السلوك الذي اعتُبِر إجرامياً داخل سياق السلوك العام للناس (Foucault 2013: 139). أدى هذا إلى التركيز المتزايد على الفرد الخطير في القرنين التاسع عشر والعشرين حيث أصبح أولئك الموصوفون على نحوٍ متزايد أنهم خطرون أهدافاً للتدخّلات العقابية... أنثروبولوجيا الرجل المجرم... ونظرية الدفاع الاجتماعي. في هذا السياق، إنّ مفهومية الفعل مع الإحالة على السلوك، الشخصية، سوابق الفرد تغدو محدداتٍ للمسؤولية (Foucault 2013: 140).

تُعدّ التكنولوجيا المستخدمة للتنبؤ باحتمالية وقوع الجرائم المستقبلية آلية معاصرة لتقييد "الأفراد الخطرين" والجماعات. يمكن المجادلة بأنّ هذه التكنولوجيا تسعى إلى إدارة الأفراد والجماعات بطرق تحدد الخطر قبل وقوعه. على هذا النحو، فإنّ الدفاع عن المجتمع يعتمد على الصحة العامة التي تركّز على تحديد الأفراد والجماعات التي تهدد النظام العام من الداخل قبل أن يصدر الفعل عنهم. يُعدّ الأمن التنبؤي وسيلة لتحييد التهديد الاجتماعي باستخدام إجراءات مصممة لتقييد الخطر حتى مع عدم ظهور علامات مرئية. تعتمد القدرة على اكتشاف العلامات غير المرئية التي تُشير إلى الخطر الإجرامي على الطب النفسي وعلم الجريمة اللذين يسعيان إلى تقييد و"معالجة" ما يُعتبر خطيراً من جهة السلوك البشري. تعمل هذه الحساسية كنموذج لتكنولوجيا الأمن التنبؤية،

ورُغم الطبيعة المملوكة للتكنولوجيات، رُوِّجَ لها باعتبارها الأساس لخوارزمياتها الصارمة.

يُطلق عليها بشكل عام الأمن التنبؤي، ويُعتبر الاستخدام المعاصر للتكنولوجيات الرياضية المصممة للتكهّن أو "التنبؤ" بالمجرمين المستقبليين والجريمة-المستقبلية تقنيةً متطورة للغاية. تصف الأدبيات الأمن التنبؤي الذي تروّج لاستخدامه على أنه "استخدام التقنيات التحليلية لتحديد الأهداف المحتملة لكي تتدخّل الشرطة بهدف منع الجريمة، ولحلّ الجرائم السابقة، ولتحديد المعتدين والضحايا المحتملين". تندرج التقنيات المتاحة للاستخدام من قِبل وكالات إنفاذ القانون ضمن أربع فئات مع مناهج مقابِلة للتنبؤ بالمعتدين، وللتنبؤ بهويات الجناة، ومناهج للتنبؤ بضحايا الجريمة" (Perry et al. 2013).

يُنظر إلى برامج الكمبيوتر والتكنولوجيات الحاضرة على أنها ابتكارية، وأكثر كفاءة، وموضوعية من قِبل هيئات إنفاذ القانون. تُشرِك سلطات إنفاذ القانون التي تواجه صعوبات مالية استخدام نماذج البرامج التنبؤية على نحو متزايد باعتبارها وسيلة لزيادة قدرة إنفاذ القانون إلى أقصى حد للمحافظة على الفعالية مع العمل بكُلَف أقل. لقد اعتُبرت الوسيلة الأقل تكلفة لزيادة جهود منع الجريمة إلى أقصى حد عندما يتعين على العديد من السلطات القضائية الموازنة بين الوصول إلى عدد أقل من الموارد والحاجة المستمرة إلى إدارة الجماعات. إنّ ظروف ندرة الموارد والرغبة في القيام بالمزيد مع القليل هو ما قادَ إلى التركيز على الكفاءة. يتم الترويج للتكنولوجيات بسبب قدرتها على التعامل مع كميات كبيرة من البيانات، في فترة قصيرة من الزمن، وتصفية المعلومات إلى فئات تُميّز بين الأكثر رغبة فيه من الأقل رغبة. وبما أنّ الرياضيات ترتبط بأشكال أخرى من التكنولوجيا، فإنه من المفترض أن تسمح عملية التقييم للأنظمة بأن تكون أكثر كفاءة وموضوعية في إنتاج النتائج. تُستخدم بعض النماذج للتنبؤ بالجريمة في المناطق الجغرافية. فبدلاً من التركيز على الأفراد، يتنبأ البرنامج بالمكان الذي من المحتمل أن تقع فيه الجريمة مما يسمح لمنفّذ القانون

بتوجيه المزيد من الموارد إلى إدارة تلك المناطق (O'Neil 2016). تركّز برمجيات التنبؤ الأخرى على الأفراد. في الواقع، تستخدم تكنولوجيا التنبؤ هذه نماذج رياضية، أو خوارزميات، لتوظيف الآليات التصنيفية التي تحدد مَنْ هو خطير على نحوٍ محتمل عن طريق تدريج عددي لاحتمالية أن يرتكب الفرد جريمة في المستقبل.

داخل خطاب الطب النفسي وعلم الجريمة، تقوم تكنولوجيا تقييم المخاطر بتشخيص وتصنيف "الأفراد الخطرين" وتقوم بذلك على نطاق واسع. يتم استخدام الدرجات المتولدة من استعمال أنواع مختلفة من تقنيات التنبؤ بالجريمة في المستقبل في جميع أنحاء الولايات المتحدة للإبلاغ عن القرارات المتعلقة بالمدّعى عليهم في جميع مراحل العملية القضائية من تحديد مكان تعزيز وجود الشرطة، مَنْ يتم الإفراج عنهم من دون كفالة، مبالغ الكفالة، طول مدة العقوبة لجريمة معينة، إلى التحديدات حول مَن يجب أن يبقى في السجن، أو تحت المراقبة أو الإفراج المشروط. يُستعمل الأمن التنبؤي في جميع أنحاء العالم وتستخدم 24 ولاية على الأقل في الولايات المتحدة بعض أشكال هذه التكنولوجيا.

إنّ الكثير من تكنولوجيا التنبؤ-بالجرائم-المستقبلية المستخدمة في السلطات القضائية الحكومية والفدرالية تكون مملوكة لشركات ربحية، هذا يعني أنّ الخوارزميات التي تقود التصنيفات، أو درجات تقييم المخاطر، تكون مُتمَلَّكة وبالتالي سرية. علاوة على ذلك، لم يتم اختبار صلاحية العديد من نماذج البرمجيات المستعملة. لكن، مع ذلك، تُستخدم بشكل روتيني لـ "تسجيل" - تقييم وتصنيف - أولئك الذين تمّ اعتقالهم وزُجَّ بهم في السجن. يمكن لمشروع قانون "إصلاح الجريمة" الذي تمّ تقديمه في الكونغرس الأمريكي أن يفوّض استخدام تكنولوجيا تقييم المخاطر في السجون الفدرالية. وقد حذّر المدّعي العام الأمريكي السابق إريك هولدر، في عام 2014، من أنّ استخدام التكنولوجيا يمكن أن يؤدي في الواقع إلى "تفاقم التفاوتات غير

العادلة وغير المسوَّغة... وهو أمر شائع جداً في نظام العدالة الجنائية (الأمريكي) وفي مجتمعنا" (Calabresi 2014). ضمن هذا السياق، حثّ هولدر على إجراء دراسة شاملة تُقيِّم صحة أدوات تقييم المخاطر لتحديد فعاليتها ولتحديد هل بعض المجموعات أكثر احتمالاً إلى أن تُصنِّف بشكل خاطئ على أنها أكثر خطورة. وعلى غرار هولدر، أعرَب الكثيرون عن قلقهم بشأن استعمال مثل هذه التكنولوجيا بسبب عدم وجود بيانات شاملة حالياً تستكشف ما إذا كان البرنامج التنبؤي يُنتج درجات تكون أو يمكن أن تكون متحيّزة عرقياً (Angwin & Larson 2016)[4].

يجادل مؤيدو تكنولوجيا تقييم المخاطر بأنّ عمليات التسجيل يمكن أن تساعد في تقليل معدلات الحبس. على هذا النحو، شهدت أدوات التنبؤ زيادة في الطلب مقترنة بمحاولات حديثة لإلغاء الحبس المتكتّل. في الواقع، تُشيد الشركة الربحية التي تُنتج أحد أكثر النماذج البرمجية التنبؤية استخداماً على نطاق واسع بقدرة أداتها على تحديد "الاحتياجات المؤدية إلى الإجرام" عن طريق تطوير "تصنيف كمّي" يقيس سمات الشخصية كالذكاء، الانطواء، الانبساط، مع تضمين النظريات الرئيسية حول أسباب الجرائم في عملية تسجيلها (Angwin & Larson 2016).

تاريخياً أخذ علماء الجريمة وعلماء النفس الإجرامي زمام المبادرة في تطوير المعايير المستخدمة للتنبؤ بالخطر. كانت مهمتهم الكشف عن الأفراد والجماعات الذين قد يكونون حاملين للخطر. مع تكنولوجيا التنبؤ بالجرائم المستقبلية، يمكن الآن تطويع الآلات لتعمل كـ "فنيين" في الجسد المجتمعي لمعالجة المشاكل الملحّة في الشوارع المدنية، والتركيبة السكانية، والعمل الصناعي - تلك المناطق التي تمّت مراقبتها تاريخياً باعتبارها حاضنات للخطر. يمكن إضفاء طابع آلي على وظيفة ضمان الصحة العامة، وهي تاريخياً

(4) انظر أيضاً Electronic Privacy Information Center (2017).

من اختصاص الطب النفسي الإجرامي، من خلال المكننة المعاصرة التي تعمل على الدفاع ضد الأخطار المتأصلة في الجسد المجتمعي ذاته. في هذا الصدد، يستدعي الأمن التنبؤي السلطة التأديبية والسلطة الحيوية في عمله.

من خلال التركيز على النتائج التي تعتمد على البيانات العددية، تعمل هذه التكنولوجيات التنبؤية بافتراض مسبق للموضوعية. ما أصبح غامضاً هو أنّ التطبيقات الرياضية التي تقود النتائج المتولدة بواسطة تكنولوجيا-التنبؤ-بالجريمة تعتمد على الخيارات المتعلقة بكيفية ارتباط المعلومات وما هي أنواع المعلومات التي سيتم التأكيد عليها باعتبارها ممثِّلة عن البيانات المفقودة. تتمثل العواقب في أنّ هذه الأدوات التي تبدو موضوعية تُخفي التحيزات المُستجلَبة عن غير قصد في النماذج التي تقود النتائج. على هذا النحو، يجادل النقاد بأنّ الغموض والسرية المتعلقين بالخوارزميات التي تُشغِّل التكنولوجيا يعاقبان الشذوذات أو الاستثناءات بشكل غير متناسب - يتم تمييز الفقير والمضطهد بشكل غير متناسب من خلال هذه التكنولوجيا على أنهما أخطار محتملة بحاجة إلى الإدارة.

في تحليل لإحدى أكثر التكنولوجيات التنبؤية استخداماً في الولايات المتحدة، وجدت الدراسة أنّ التفاوتات العرقية المهمة برزت عند استخدام برمجيات التنبؤ بمَنْ سيكرّر الاعتداء مرة أخرى. حيث كانت الأخطاء في تقييمات السود والبيض بنفس المعدلات تقريباً لكنّ النتائج تضمّنت نوعاً مختلفاً من الأخطاء في التكهّن. كان السود المدّعى عليهم على الأرجح ضعف المدّعى عليهم من البيض فيما يتعلق بالتصنيف على أنهم يشكّلون خطراً عالياً لارتكاب جرائم مستقبلية في حين غالباً ما يُساء تصنيف البيض على أنهم يُشكلون خطراً منخفضاً. كان السود الذين تمّ تصنيفهم على أنهم يمثلون خطراً أعلى، مع مرور الوقت، أقل احتمالاً في تكرار الاعتداء فعلياً في حين أنّ البيض الذين تمّ تصنيفهم على أنهم يمثلون خطراً أقل استمروا في تكرار الاعتداء فعلياً. قامَ

التحليل بتقييم التقييمات المتولدة بواسطة التكنولوجيا في مقاطعة بروارد بولاية فلوريدا ووجد أنّ 20 بالمائة فقط من أولئك الذين تنبأوا لهم أنهم سيرتكبون جرائم عنيفة فعلوا ذلك بالفعل. حتى عند عزل آثار العرق عن التاريخ الإجرامي والعودة إلى الإجرام، وجد المحققون أنّ السود المدّعى عليهم لا يزالون أكثر احتمالاً بنسبة 77 بالمائة للحصول على درجات تميّزهم على أنهم خطر محتمل أعلى من البيض المدّعى عليهم. كما تمّ تقييمهم في كثير من الأحيان على أنهم أكثر عرضة لارتكاب الجريمة العنيفة في المستقبل وأكثر احتمالية بنسبة 45 بالمائة لارتكاب جريمة مستقبلية من أي نوع. على الرغم من هذه أنّ التصنيفات كانت القائمة على الدرجات [المتحصّلة] من تكنولوجيا تقييم المخاطر، إلا أنّ السود، كمجموعة، يميلون إلى عدم المضي في تكرار الاعتداء في حين أنّ البيض المصنَّفين على أنهم يشكّلون خطراً أقل يميلون إلى ارتكاب جرائم أخرى بمعدلات أعلى بكثير (Angwin & Larson 2016; Larson & Angwin 2016). قام التحليل بفحص المعدلات المتوقعة للاعتداءات المتكررة وقارنها مع المعدلات الفعلية للاعتداءات المتكررة على مدار عامين. وعند النظر في توزيع درجات تقييم المخاطر للتنبؤ بالاعتداءات المتكررة بشكل عام وفي الاعتداءات العنيفة المتكررة بشكل خاص، كان السود المدّعى عليهم موزعين بشكل متساوٍ في الدرجات في حين سجّل البيض المدّعى عليهم تجمعات في الفئات الأقل خطورة. كذلك استكشف التحليل ما إذا كان الفرق بين الدرجات العالية والدرجات المنخفضة للاعتداءات المتكررة المحتملة مختلفاً بالنسبة للمدّعى عليهم السود والمدّعى عليهم البيض. كانت النتائج أنّ درجات "الخطر" تحققت بشكل مختلف بين المجموعات الفرعية العرقية. حيث كان البيض المدّعى عليهم الذين سُجّلوا على أنهم خطر عال 3.61 مرة أكثر احتمالاً لتكرار الاعتداء من المدّعى عليهم من البيض الذين سُجّلوا على أنهم خطر منخفض. تناقضَ هذا مع السود المدّعى عليهم الذين، مع تسجيلهم على أنهم خطر عال، كانوا 2.99 مرة فقط أكثر احتمالاً لتكرار الاعتداء من أولئك المدّعى عليهم من السود المصنّفين

على أنهم خطر منخفض. وبشكل عام، كانت تكنولوجيا التصنيف الرياضية "أكثر ميلاً إلى إساءة تصنيف السود المدّعى عليهم على أنهم أكثر خطورة من البيض المدّعى عليهم". عند الحدّ من تصنيف الخطر العال بجعله يشمل فقط الدرجات العالية (لا المتوسطة)، كان السود المدّعى عليهم أكثر احتمالاً بنسبة 16 بالمائة إلى أن يتم تصنيفهم زوراً على أنهم يشكّلون خطراً عالياً مقارنة بـ 5 بالمائة من البيض المدّعى عليهم (Larson & Angwin 2016).

الختام

يُصبح الأفراد الجماعات الضعيفة اجتماعياً أكثر عرضة للخطر عند إخضاعهم إلى الملاحظة والتقييم والإدارة عبر أنظمة التصنيف. وعلى غرار طرق التشخيص والتقييم الأخرى، تعمل الممارسة الطبية النفسية من خلال منهجية من العمليات التي تسعى إلى تصنيف الأفراد والجماعات بناءً على المعايير المجتمعية الموجودة. لا تكون هذه المعايير معطاة ببساطة بل يتم تشكيلها من خلال الممارسات الاجتماعية التي غالباً ما تخلق وتقوّي ديناميكيات السلطة الموجودة، مما يترك أولئك الذين يعتبرون غير مرغوب بهم في وضع أسوأ. تعمل إدارة "الخطر" وغير "المرغوب بهم" من خلال عمليات التصنيف على الحدّ من، أو القضاء على، أي مقاومة يمارسها الأفراد. كما أنها تُسهِّل أيضاً القضاء على تلك المجموعات التي تهدد بنية المجتمع بتركهم يموتون من خلال التحكّم بالولادة والموت والحياة. ففي حالات معاناة النساء من عمليات بضْع الفصوص والإعقام القسري، عمِل التصنيف على تحديد الأفراد الذين كانوا يشكّلون تهديداً جينياً على السكان لأجل منعهم من الإنجاب، أو جعلهم منصاعين و"طبيعيين" بالنظر إلى المُثل السائدة عن الأنوثة في ذلك الوقت. وبكل حال، تمّ التحكّم بالنساء اللاتي كُنَّ ضعيفات بالفعل بحكم جندرهن في المجتمع الأبوي، أو اللاتي كنَّ فقيرات، أو اللاتي يُعتبرن منحلّات جنسياً، أو يعانين من اضطرابات ذهنية إلى حدّ الانصياع أو الاستئصال الجيني. يبرز

العرق[5] بشكل واضح في الحالات التي تسّلط الضوء على "الأفراد الخطرين" وعلى أولئك الذين تنبأوا لهم أن يرتكبوا جرائم مستقبلية. لكن، مع ذلك، نادراً ما يتم الاهتمام بالحيثيات المتعلقة بكيفية لعب العرق تاريخياً دوراً في تحديد "الخطر". تتمثل الرؤية في أنّ محددات الإجرام وتنبؤات احتمالية الانخراط في جرائم مستقبلية تتعامل مع العرق بشكل عرَضي فحسب. على أية حال، يبقى العرق مترسّخاً بشكل عميق في الولايات المتحدة والبِنى المجتمعية العالمية على الرغم من أنّ الإشارات الصريحة إلى العرق يتم تمويهها. وكما تُشير أنجيلا دايفيس، "لقد أصبح الخوف من 'المجرم' - الشخصية العنصرية للمجرم - يمثّل العدو الأكثر تهديداً للمجتمع الأمريكي". وهذا يجعل الخوف العنصري من الجريمة... العدو المثالي الذي تتخيّل الأمة من خلاله هويتها". تعمل الجريمة والسجن، بالإضافة إلى آليات التصنيف العاملة داخل منطقهما، على إنشاء وإخفاء بشكل متزامن الطرق التي يكون فيها العرق فعالاً في الفهم اليومي للجريمة والمخدرات والهجرة والرفاهية. على هذا النحو، "يكون العدو الداخلي أكثر خطراً بكثير من العدو الخارجي، والعدو الداخلي الأسود هو الأخطر من بين الجميع" (Davis 2010: 270-271).

وفق المنظور الفوكوي المعتمد في هذا الفصل، يُخضِع التصنيف الطبي النفسي الأفراد والمجموعات الضعيفة اجتماعياً بشكل غير متناسب إلى سيطرة الدولة. على هذا النحو، غالباً ما يُشكّل التصنيف الطبي النفسي التكنولوجيا التي تعزز "العنصرية ضد غير الطبيعي". تعزز الجهود المبذولة لاكتشاف حاملي "الخطر" وتقييدهم استخدام التكنولوجيات التي تعتبر الأفراد والجماعات ليسوا مجرّد مجانين أو مجرمين محتملين. بل يتم تصنيف هؤلاء الأفراد والجماعات

---

(5) يشير العرق هنا إلى العملية التاريخية التي يتم من خلالها اعتبار بعض الأشخاص لديهم عرق (أي أسود، أسيوي، لاتيني، إلخ). يخلق هذا التاريخ ظروفاً يُنظر فيها إلى الأشخاص العرقيين على أنهم مصدر تهديد، أو غرباء، أو بشعين، أو غير طبيعيين. اقترن الأشخاص السود تاريخياً بالإجرام وبالتالي بالخطر. للاطلاع على مزيد من النقاش انظر (2014) Havis.

على أنهم "منحطين". مع هذا النظام التصنيفي، لا يكون الفرد هو وحده الذي يعاني من "الاعتلال". يعاني الفرد في الواقع من حالة "غير الطبيعي" التي يجب إدارتها من خلال التكنولوجيا الطبية النفسية التي تعترض وتسيطر وتحدّ من التهديد على المجتمع عن طريق إدارة السلوك والبيولوجيا. وكما يُشير فوكو، لقد ظهر هذا الشكل المختلف "للعنصرية"، المرتبط تاريخياً بالطب النفسي، في القرنين التاسع عشر والعشرين للكشف عن أولئك الذين قد ينقلون "الحالة" إلى ورثتهم إلى جانب العواقب غير القابلة للتنبؤ لـ "غير الطبيعي التي يحملونها معهم". من هنا، فإنّ وظيفة هذا النوع من "العنصرية" ليس التحيّز لإحدى المجموعات أو الدفاع عنها ضد مجموعة أخرى. بل ينصب تركيزها على تحديد كل شخص داخل الدولة ممّن قد يشكل خطراً على الدولة. لهذا السبب تسمح "بفحص كل شخص داخل المجتمع المعني". إضافة إلى ذلك، إنّ محاولات تحديد "غير الطبيعي" أُضيفت وعملت جنباً إلى جنب التحيزات الطبقية والعرقية والجندرية. هذا يعني أنه باسم الدفاع الاجتماعي، يكون هنالك تكثيف للعلاقة بين "الحالة غير الطبيعية" والإدراك الحسي للاعتداء (Foucault [1975] 2004: 315-324).

وفقاً لفوكو، لا تزال نفس الأفكار والإجراءات الطبية النفسية فاعلة في الممارسات المعاصرة. يمكن للمرء أن يتوقع توظيفها المتزايد من خلال الآلات القادرة على إنجاز التصنيفات الواسعة النطاق. يُنتج استخدام النماذج الرياضية تقييمات تحتال وتسيطر بشكل غير متناسب على الأفراد الضعاف اجتماعياً في كثير من الأحيان مما يؤدي إلى تفاقم عدم المساواة الموجودة. عادة ما يتم توظيف الخوارزميات التقييمية لإدارة أعداد كبيرة من الناس بكلفة أقل مما يعني أنّ أولئك الذين يعانون من الفقر والذين يعانون من أشكال أخرى من العيوب يتعرضون بشكل متزايد للتقييمات بواسطة الآلات في حين يتمتع الأشخاص الأكثر امتيازاً بفائدة التدخّل البشري. يتم قبول أولئك الذين تضرروا من عيوب النماذج الرياضية على أنهم "أضرار جانبية... تُعتبر غير مهمة وقابلة للزيادة" (O'Neil 2016: 13).

References

Angwin, J. and Larson, J. (2016), Machine Bias, ProPublica. URL= https://www. propublica.org/article/machine-bias-risk-assessments-in-criminal-sentencing Retrieved August 21, 2018.

Baynton, D. C. (2014), Defectives in the Land: Disability and Immigration in the Age of Eugenics, Chicago, IL: The University of Chicago Press.

Calabresi, M. (2014), Exclusive: Attorney General Eric Holder to Oppose Data-Driven Sentencing, Time. URL§ http://time.com/3061893/holder-to-oppose-data- drivensentencing/ Retrieved August 21, 2018.

Caplan, P. and Wilson, J. (1990), Assessing the Child Custody Assessors, Reports of Family Law, series three, Toronto: Thompson Reuters.

Cohen, A. (2016), Imbeciles, New York: Penguin Books.

Davis,A. (2010), Race and Criminalization. In The House That Race Built: Original Essays by Toni Morrison, Angela Y. Davis, Cornel West, and Others On Black Americans and Politics in America Today. W. Lubian, ed. New York: Knopf Doubleday.

Electronic Privacy Information Center, EPIC-EPIC v. DOJ Criminal Justice Algorithms). URL=https://epic.org/foia/doj/criminal-justice-algorithms/ Retrieved December 12, 2017

Foucault, M. (1961), Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason, R. Howard, trans. New York: Random House.

Foucault, M. (1969), Archaeology of Knowledge, A. M. Sheridan Smith, trans. New York: Routledge.

Foucault, M. ([1974] 2003), Abormal: Lectures at the Collége de France 1974-1975, G. Burchell, trans., New York: Picador.

Foucault, M. ([1975] 1977), Discipline and Punish: The Birth of the Prison, A. Sheridan, trans. New York: Vintage Books.

Foucault, M. (1988), Technologies of the Self, pp. 16-49. In Technologies of the Self: A Seminar with Michel Foucault. L. H. Martin, H. Gutman, and P. H. Hutton, eds. Amherst: University of Massachusetts Press.

Foucault, M. (2013), The Dangerous Individual. In Politics, Philosophy, Culture: Interviews and Other Writings, 1977-1984, New York: Routledge.

Foucault, M., Bertani, M. M., Fontana, A., Ewald, F., and Macey, D. ([1976] 2003), Society Must Be Defended: Lectures at the Collège de France, 1975-76, Oxford: Macmillan.

Foucault, M., Marchetti, V., and Salomoni, A. ([1975] 2004), Abnormal: Lectures at the Collège de France, 1974-1975, Oxford: Macmillan.

Gilman, S. L., King, H., Porter, R., Rousseau, G. S., and Showalter, E. (1993), Hysteria beyond Freud, Los Angeles: University of California Press.

Havis,D. N. (2014), "Seeing Black" through Michel Foucault's Eyes: "Stand Your

Ground" Laws as an Anchorage Point for State-Sponsored Racism. In Pursuing Trayvon Martin: Historical Contexts and Contemporary Manifestations of Racial Dynamics. G. Yancy and J. Jones, eds. Lanham, MD: Lexington Books.

Herman, J. (1992), Trauma and Recovery: The Aftermath of Abuse-From Domestic Abuse to Political Terror, New York: Basic Books.

Johnson, J. (2014), American Lobotomy: A Rhetorical History, Ann Arbor: University of Michigan Press.

King, H. (1993), Once upon a Text: Hysteria from Hippocrates, pp. 3-90. In Hysteria beyond Freud. S. Gilman, H. King, H. Porter, G. S. Rousseau, and E. Showalter, eds. Oakland: University of California Press.

Landman, J. H. (1932), Human Sterilization, Oxford: Macmillan.

Larson, J. and Angwin, J. (2016), How We Analyzed the COMPAS Recidivism Algorithm, ProPublica. URL= https://www.propublica.org/article/how-we-analyzedthe-compas-recidivism-algorithm Retrieved August 21, 2018.

Lombardo, P. A. (2008), Three Generations, No Imbeciles: Eugenics, the Supreme Court and Buck v. Bell, Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Miller, S. (2009), The Moral Foundations of Social Institutions: A Philosophical Study, Cambridge: Cambridge University Press.

NPR (2013), California's Prison Sterilizations Reportedly Echo Eugenics Era (2013), [Radio Program] July 9, 2013, 15:06.

O'Neil, C. (2016), Weapons of Math Destruction: How Big Data Increases Inequality and Threatens Democracy, New York: Crown.

Perry, W. L., McInnis, B., Price, C. C., Smith, S., and Hollywood, J. S. (2013), Predictive Policing, Product Page. URL§ https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/.../RAND_RR233.pdf Retrieved August 21, 2018.

Poland, J. and Caplan, P. (2004), The Deep Structure of Bias in Psychiatric Diagnosis. In Bias in Psychiatric Diagnosis. P. Caplan and L. Cosgrove, eds. Lanham, MD: Jason Aronson.

Rawls, J. (1971), A Theory of Justice, Cambridge, MA: Harvard University Press.

Sanger, M. (1921), The Eugenic Value of Birth Control Propaganda, Birth Control Review.

Sederer, L. (2013), Involuntary Psychiatric Hospitalization: A Life Saving Yet Often Aversive Intervention, Psychology Today. URL=https://www.psychologytoday.com/blog/therapy-it-s-more-just-talk/201310/involuntary-psychiatric-hospitalization Retrieved January 1, 2018.

Sullivan, J. (2002), State Will Admit Sterilization Past, Portland Oregonian:A01.

Tekin, S. and Mosko, M. (2015), Hyponarrativity and Context-Specific Limitations of the DSM-5, Public Affairs Quarterly, 29: 109-145.

Walker, J. (1993), Women, Film, and Psychoanalytic Psychiatry, Minneapolis: University of Minnesota Press.

الفصل العشرون

متلازمة الأفريقي الشمالي: اجتياز المسافة إلى "الآخر" الثقافي

بريان موكاندي

"ألم أساهم، بسبب ما فعلته أو أخفقت في فعله، في إفقار الواقع البشري؟"
يمكن صياغة السؤال كذلك بهذه الطريقة:
"هل استحضرت أو أبرزت في جميع الأوقات الإنسان الذي بداخلي؟"
(Fanon 1967: 3)

أودُّ أن أسهِب، فيما يلي، في الحركة والعمل؛ الحركة في صورة السفر والكَدْح. إنّ هدفي هو دراسة المقابلة الطبية النفسية التي ينتمي فيها الطبيب السريري إلى الثقافة السائدة، أياً كان معنى ذلك، ويكون الزبون هو "الآخر" الثقافي - الشخص المحلي، أو المهاجر، أو الأقلية العرقية، أو الإثنية. ومَنْ هو المسافر على هذه الرحلة باعتبار أنّ هذين الاثنين يجلسان في نفس الغرفة؟ وما هو توزيع العمل المطلوب لكي ينشأ الفهم أو الوضوح بينهما؟ وماذا قد تتطلّب العدالة منهما؟

في "مقدّمتهم" للطبعة الثالثة لكتاب The Psychiatry Interview in Clinical Practice، يقدّم كل من روجر ماكينون وروبرت ميكلز وبيتر باكلي الادّعاء المنير الآتي: "إنّ **العلاقة الاجتماعية بين الطبيب السريري والمريض لم تعد غير متكافئة.** فالمرضى الآن مستنيرين على نحوٍ أفضل، ويعتقدون بشكل صحيح أنّ

أجسادهم تخصّهم، ويرغبون في المشاركة بقرارات العلاج. لقد أصبح التحالف العلاجي بين الطبيب والمريض أساس الجهود العلاجية في الطب كافة" (MacKinnon et al. 2016: xi؛ اللون الغامق ليس في الأصل).

يُعدّ هذا الادّعاء منيراً بسبب ما أعتقده من صلاحيته الظاهرية، على الأقل فيما يتعلق ببعض المجموعات. قد يكون الحال على الأرجح بالنسبة لمجموعات من الأفراد أنّ ما كانت في السابق علاقات غير متكافئة من السلطة مع الأطباء السريريين في المؤسسات الطبية النفسية قد تمّ تسويتها بشكل كبير، بمساعدة جزئية بواسطة السلطة الكبرى على الاختيار بين الأنواع المختلفة من المؤسسات الطبية النفسية، ومن خلال الطريقة التي يصل بها المرء إلى خدماتها[1]. وفق هذه الرؤية، تُعدّ اعتداءات السلطة اليوم استثناءات من القاعدة. في سياق الأمور العادية، لا تُعد "العلاقة الاجتماعية بين المريض والطبيب" علاقة متكافئة فحسب، بل هي كذلك **للجميع**: "**نحن نعرف الآن** أنّ الخبرة الذاتية للكون 'مختلفاً' تُعدّ عالمية وأنّ الطب النفسي معزز بتمييز واستكشاف تلك الخبرة والتحقق من وجودها وعالميتها، والسعي إلى فهم كيفية تأثيرها على حياة المريض" (MacKinnon et al. 2016؛ اللون الغامق ليس في الأصل).

بتكرار شعار الصديق، "مَنْ هذه الـ نحن، التي نتحدث عنها؟" علاوة على ذلك، ماذا يعني معرفة أنّ "الخبرة الذاتية للكون مختلفاً تُعدّ عالمية"؟ هل هي اعتياد الابتذال المعاصر؟ أم أنها معرفة أداتية من النوع الذي يمتلكه المرء عندما يعرف الخصائص الدوائية لـ الليثيوم؟ إذا كنا "نحن" على علم بعالمية

(1) يتبادر إلى الذهن الافتقار إلى الاختيار أو السلطة المقدّم في One Flew over the Cuckoos's Nest لـ Miloš Forman (1975). من الصعب تخيل أنّ الفظائع التي شوهدت في هذا الفيلم تُعد شائعة. يتفق هذا مع توضيح Elaine Safer (1977)، في المقال المعنون: "إنها الحقيقة حتى لو لم تكن قد حدثت": "التحليق فوق عش الوقواق لـ كين كيسي"، بسبب الطريقة التي يخفف بها الفيلم من السمة الكابوسية للكتاب الذي يقوم عليه.

"الاختلاف" بهذه الطريقة الأداتية، فهل نحن مسلّحون بالضرورة بالقدرة على التنقّل وتجاوز ذلك الاختلاف في المقابلة السريرية؟

في عمل ذي وضوح مفاهيمي استثنائي، تُشير جولي نوردغارد، ولويس ساس، وجوزيف بارناس إلى أنه في معظم المقابلات الطبية النفسية، "تؤدي المعلومات التي يقدّمها المريض مقترنةً بسلوكه وخبرته وتاريخه النفسي الاجتماعي في المواقف السريرية الحوارية الطبيعية... إلى أن **ينظر المقابِل [الطبيب] إلى المريض على أنه يشبه نموذجاً أولياً معيناً**" (Nordgaard et al. 2013: 357). لا تقتصر هذه الظاهرة، التي يشير إليها هؤلاء المؤلفون بـ "عملية التصنيف=typification"، على هؤلاء الأطباء السريريين الذين لا "يعرفون" عن "الاختلاف".

> تُشير عملية التصنيف إلى ميزة معرفية بشرية أساسية جداً، لها صلة وثيقة بالإدراك الحسي، هي أنّ إدراك الشيء دائماً ما يكون **منظّماً بواسطة الإدراك المتبصّر** [apperceptively]، بمعنى أنه منُظّم بشكل شبه مفاهيمي، كوحدة بارزة أو جشطالت معين. وفق هذا المعنى، قد يقول المرء، إنّ الإبصار دائماً ما يكون "يبدو مثل..." ؛ دائماً ما يكون منظوري أو جانبي. فهي تتضمن تمييز النمط وإكمال النمط، مما يسمح بفهم الأشياء والمواقف تحت ظروف المعلومات المحدودة أو غير الكاملة. إنّ التصنيف هو عملية تلقائية إلى حدٍ كبير تتخلل جميع خبراتنا وتحدث خارج الدراية الصريحة... إنها تصبغ [تُلهِم] الإدراك الحسي نفسه. (357)

تخضع محاولة تمييز الاختلاف التي اعتبرها ماكينون وزملاؤه أمراً مسلّماً به إلى ما تحدده نوردغارد وزملاؤها على أنه "تصنيف". هذا يعني أنّ المقابلة السريرية ليست فضاءً شفافاً وبسيطاً. وليست لحظة منفصلة في الزمن. إنها مرحلة تضم ممثلان، ينخرط كلاهما في دراما طويلة الأمد، مما يتطلبّ تأويل أداءهما. على الرغم من أنّ هذا يكون مشحوناً في أفضل الأوقات، إلا أنّ هنالك حاجة إلى عمل أكبر من الطبيب السريري إلى ألا يقوم بما من شأنه أن يضرّ بالمريض

عندما يكون منتمياً إلى "مجموعة ثقافية" مختلفة. ينطبق هذا بشكل خاص عندما يكون الطبيب عضواً في "المجموعة المهيمنة".

إنّ المقابلات التي أفكر بها على وجه التحديد هي تلك التي بين، على سبيل المثال، طبيب نفسي أبيض أوروبي استرالي وزبون من السكان الأصليين و\أو سكان جزر مضيق توريس؛ أو ممرّضة نفسية سويدية وزبون تركي. أودُّ أن استكشف تعقيد "التصنيف" في مثل هذه الحالات، وهذا يُلقي مزيداً من الضوء على ضعف الزبائن الذين يمثلون "الآخر" الثقافي. إنّ هدفي هو فقط توضيح مدى عدم التكافؤ، ومدى صعوبة التغلّب عليه، وأنّ القيام بذلك يتطلب إلى حدٍ كبير الرجوع إلى "متلازمة الأفريقي الشمالي" لـ فرانتز فانون (1967)، وهو نص نُشر لأول مرة في عام 1952. على الرغم من أنّ الاعتماد على نص مكتوب في حقبة مختلفة من أجل تقديم ادعاءات حول ممارسة الطب النفسي في حقبتنا قد يبدو أمراً عفا عنه الزمن، إلا أنّ هدفي هو توضيح استمرار ما يمكن فهمه على أنه "بنية أنطولوجية استعمارية" - إطار يحدد طرق الوجود المتعلقة بالآخر، حيث تقتصر الإمكانية العلائقية على إملاءات المشروع الاستعماري[2]. وللقيام بذلك، أهدف إلى توضيح مهمة الطبيب السريري عند خدمة "الآخر الثقافي". آمل في هذه العملية أنّ أُسلّط الضوء على أهمية الزمان والمكان والحركة في المقابلة الطبية النفسية البين-ثقافية. وتحقيقاً لهذه الغاية، أتّبع خطى فانون، الذي بنى مقالته على ثلاث أطروحات:

"الأطروحة الأولى. - إنّ سلوك الأفريقي الشمالي غالباً ما يتسبب بشكوك لدى الطاقم الطبي من حقيقة اعتلاله". (Fanon 1967: 4)

يبدأ فانون "متلازمة الأفريقي الشمالي" من خلال التشكيك في اعتراف

(2) يصف Valentin Mudimble "المشروع الاستعماري" بأنه مشروع موجّه نحو السيطرة على الفضاء المادي، وإعادة تشكيل عقول السكان الأصليين، ودمج التواريخ الاقتصادية المحلية في المنظور الغربي" (1988: 2).

أعضاء المجتمع الفرنسي، خاصة العاملين في المجال الطبي، بإنسانية "الأفريقي الشمالي الذي هاجرَ إلى فرنسا". "أسألك، أسأل نفسي. مَنْ هم، هؤلاء المخلوقات المتعطّشة للإنسانية والتي تقف متكاتفة إزاء الحدود غير المحسوسة (على الرغم من أنني أعرفهم عن تجربة أنهم مختلفين بشكل فظيع) للاعتراف التام؟" (Fanon 1967: 3). يوضّح فانون التجّلي التراجيدي الهزلي لهذا الافتقار إلى الاعتراف في البيئة السريرية على النحو التالي:

"ما خطبك يا صديقي؟"
"أنا أُحتضَر، دكتور."
ينكسر صوته على نحوٍ غير ملحوظ.
" أين تتألم؟"
"في كل مكان، دكتور."

"أين يؤذيك؟"
"في بطني." (ومن ثم أشار إلى صدره وبطنه.)
"متى يؤلمك؟"
"في كل الأوقات."
"حتى في الليل؟"
"خاصة في الليل."
"يؤلمك في الليل أكثر مما في النهار، أليس كذلك؟"
"كلا، في كل الأوقات."
"لكن أكثر في الليل مما في النهار؟"
"كلا، في كل الأوقات."
"وأين يؤذيك غالباً؟"
"هنا." (ومن ثم أشار إلى صدره وبطنه.)

وها أنت ذا. ففي نفس الوقت ينتظر المرضى في الخارج، والأسوأ من ذلك هو أنّ لديك انطباعاً بأنّ الزمن لن يحسّن الأمور. لذلك، **تلجأ إلى**

التشخيص بواسطة الاحتمالية مقترحاً علاجاً تقريبياً (Fanon 1967: 4-5؛ اللون الغامق ليس في الأصل).

لا يوجد هنا خُبث من جانب الطبيب - لا حقد؛ ولا نية لإلحاق الأذى؛ ولا حتى عدم كفاءة سريرية. بل بالأحرى، هنالك انهماك راسخ في موقفه[3].

---

(3) على الرغم من أنّ فانون يُشير إلى Molière في هذه المقالة، إلا أنّ هنالك أوجه تشابه مدهشة بين دراما الطبيب النفسي-الزبون الأفريقي الشمالي التي قدّمها فانون، والتراجيديا الهزلية Waiting for Godot لـ Samuel Beckett، التي نُشرت في نفس العام الذي نُشرت به "متلازمة الأفريقي الشمالي". خذ بعين الاعتبار التالي، على سبيل المثال:

فلاديمير حسناً، كما ترى
بوزو [مقاطعاً] من هو غودو؟
بوزو لقد أخذتني إلى غودو.
فلاديمير أوه لا، يا سيدي، قطعاً لم يحصل، سيدي.
بوزو مَنْ يكون؟
فلاديمير أوه هو... هو نوع من المعارف نوعاً ما.
إستراغون لا شيء من هذا القبيل، بالكاد نعرفه.
فلاديمير صحيح... لا نعرفه جيداً...لكن لا فرق...
إستراغون شخصياً، أنا لن أعرفه حتى لو رأيته.
بوزو لقد أخذتني إليه.
إستراغون [متراجعاً أمام بوزو] هذا يعني... أنت تفهم... الغسق... الضغط... الانتظار... أعترفُ... تخيّلت... لثانية...
بوزو انتظار؟ إذن كنت تنتظره؟
فلاديمير حسنا، كما ترى
بوزو هنا؟ على أرضي؟
فلاديمير لم نقصد أي ضرر.
إستراغون أردنا الخير.
بوزو الطريق مفتوح للجميع.
فلاديمير هكذا نظرنا إليه.
بوزو يا للخزي. لكن ها أنتم ذا (Beckett 2010, pp. 71. 73)؛ الحذف في الأصل).

هنالك طريقة يفهم من خلالها الطبيب الأمور أو **يُضفي من خلالها معنى على** الأمور، ووفقاً لطريقة الفهم هذه، يكون الزبون الأفريقي الشمالي المذكور غير مفهوم. أي أنّ عبء المفهومية المشتركة غير موزّع بشكل متساوٍ. يُضفي الطبيب معنى على الأمور بطريقة خاصة، إلا أنّ الزبون الأفريقي الشمالي المذكور لا يثبُت على نحوٍ مجدي على ذلك الأساس. أمام هذا الافتقار إلى توليد معنى مفهوم، يقوم الطبيب "بالتشخيص من خلال الاحتمال". بمعنى أنه يعثر على مجموعة من المعاني التي يكون محتفظاً بها مسبقاً، ويعزوها إلى ما يواجهه مع زبونه. إنّ عبارة "تلجأ" مضلِّلة هنا لأنها تتضمَّن حركة. على أية حال، اللافت للنظر هو **افتقار الطبيب إلى الحركة**. إذ لديه رفاهية البقاء راسخاً - متشبّثاً بموقفه. إذا كانت أعراض الزبون غير مفهومة على هذه الأسس، فعلى الزبون وزر ذلك.

هنالك "حالة" مماثلة هي حالة نياشا، من رواية **Nervous Conditions** لـ تستيسي دانغارامبا:

> في المدينة، قام شقيق ميجورو على الفور بتحديد موعد مع طبيب نفسي. لقد شعرنا بتحسّن - كانت المساعدة في متناول اليد. لكنّ الطبيب النفسي قال إنّ نياشا لا يمكن أن تكون مريضة، لأنّ الأفارقة لم يكن ليعانوا بالطريقة التي وصفناها. لقد كانت تجذب النظر. مما تعيّن علينا أن نأخذها إلى المنزل ونكون حازمين معها. لم يكن هذا أمراً منطقياً أن أقوله أمام عمي، الذي وجد هذه الكلمات مطمئنة إلى حدٍ كبير وفكّر في العودة إلى أومتالي في الحال، وأعار أُذناً صمّاء لنياشا عندما توسّلت مطالبة برؤية طبيب نفسي أفريقي... لم يكن هنالك أطباء نفسيون سود، لكنها كانت قد اقتنعت برؤية طبيب نفسي أبيض. لأنّ الرجل كان إنساناً. (Dangarembga 2001: 207)

إنّ **Nervous Conditions** هي مجموعة كُتبت في أواخر سبعينات القرن الماضي، فيما كانت آنذاك روديسيا. حيث لم يكن من المستغرب أن يكون

هناك أطباء نفسيون بيض عنصريون يعملون في المؤسسات الطبية في ذلك الوقت. على أية حال، ليس من الحكمة استبعاد هذه الواقعة، أو تلك التي يرويها فانون، إما على أنها مجرّد خيال، أو أسوأ، من آثار الحقبة المنصرمة. عندما يقترح الطبيب النفسي أنّ الأفارقة غير قادرين على إظهار علامات وأعراض حالات معينة، فإنّ ما هو معروض هو أكثر من مجموعة من التصورات المسبقة القائمة على اعتقادات عنصرية غير مؤسسة. أكثر من ذلك من جهة أنّ ما هو معروض هو طريقة معينة من التواجد في العالم وفهم أو إضفاء معنى على الظواهر الخارجية. إذا اقتنع المرء أنّ وحيد القرن غير موجود لكنه بعد ذلك واجه وحيد القرن، فإنّ استجابة المرء لا تُفشي مواقفه أو معتقداته، بل الطريقة التي من خلالها **يفهم المعنى أو يخلقه** من التجربة. إنّ لجوء نياشا إلى الطبيب النفسي الأفريقي (الذي في هذا السياق يعني طبيباً نفسياً أسود) لا علاقة له بالافتراض القائل إنّ الأفريقي أقل عرضة لامتلاك تصورات عنصرية مسبقة، بل أكثر من جهة أنّ هذا الفرد سيكون أكثر استعداداً للقيام بالعمل والشروع بالحركة المطلوبة لفهم نياشا كإنسان كامل وفهم حالتها وفق تلك الأسس.

ربما لم تعثر نياشا على طبيب نفسي أفريقي، لكنها وجدت طبيباً نفسياً أبيض آخر، طبيباً كان **إنساناً**. سنعود إلى أهمية ذلك. والآن، دعونا نركّز بدلاً من ذلك على حقيقة أنّ زبون فانون لم يكن لديه مثل هذا الحظ الجيد. يذكر فانون:

> لا يعود إلى نفس الطبيب، ولا إلى نفس المستوصف. بل يذهب إلى مكان آخر. حيث يمضي على افتراض أنه من أجل الحصول على الرضا يجب أن يطرق كل باب، وقد فعل ذلك. طرق بإصرار، بلطف، بسذاجة، بغضب. يطرق الباب، الباب مفتوح. الباب دائماً مفتوح. ويُخبِر عن ألمه. الذي يغدو خاصته على نحو متزايد. يتحدث عنه بطلاقة. يتمسّك به في الفضاء ويضعه أمام الطبيب... إنه ينمو بينما يشاهده المرء. ويحصده من على كامل سطح جسده وبعد خمسة عشر دقيقة من التفسيرات الإيمائية، يترجِم

لنا المترجم (بشكل محير): إنه يقول إنه يعاني من وجع بطن. (Fanon 1967: 5)

إنّ زبون فانون على دراية بجسده، وبشكل أكثر تحديداً، بالألم الذي يعانيه ذلك الجسد، على أنه خاصته على نحوٍ مأساوي - خاص به للغاية لدرجة لا يمكنه إيصاله إلى الأطباء الذين يستشيرهم، مهما حاول بأقصى ما يستطيع. هنالك إخفاق يحدث في موقع الترجمة. عند تجاوز عتبة الوضوح وفق مصطلحات الأطباء، فإنّ ذلك الألم الوجودي الناتج من عدم القدرة على استيعاب ذات المرء في السياق الجائر يتم اختزاله إلى "وجع-بطن"، وهي شكوى قد يتوقعها المرء من طفل أسرف في الأكل قليلاً أو أكلَ شيئاً لم يكن يتعين عليه أكله. إنّ الحيرة أو الارتباك الناجم عن المترجم هي إشارة إلى الهوّة التي تفصل بين الطرفين - الهوة التي تتجاوز أهميتها الحاجز اللغوي. كما يمضي فانون في الشرح، لدينا هنا "نوع من الإحباط في مجال التفسير. فتبدأ الكوميديا أو الدراما مرة أخرى من البداية: العلاج والتشخيص التقريبي" (Fanon 1967: 6). كيف كانت عدم القدرة على فهم عَرض هذا الزبون، وهذا اللجوء إلى "التشخيص التقريبي"، منطقيين لدى الطبيب؟ إنّ العزم غير المنعكس على التمسّك بموقفه قاد الطبيب إلى "نفي أي مرَضية. عندما تقترب منه، إنّ الأفريقي الشمالي هو مدَّعٍ، كاذب، متمارض، كسول، لص" (Fanon 1967: 7). هذا يعني أنّ الطبيب السريري "لجأ" إلى مجموعة من المعاني التي يمتلكها مسبقاً تحت تصرفه. إنّ مشكلة المعنى تتم صياغتها من خلال مشكلة تتعلق بـ "الآخر الثقافي".

"الأطروحة الثانية. - إنّ موقف الموظفين الطبيين هو في الغالب موقف قبلي. إنّ الأفريقي الشمالي لا يأتي على أساس مشترك مع عرقه، بل على أساس بناه الأوروبيون. بعبارة أخرى، بحكم حقيقة ظهوره على المشهد، يدخل الأفريقي الشمالي، بشكل تلقائي، في إطار موجود مسبقاً." (Fanon 1967)

عند النظر في "موقف الموظفين الطبيين" تجاه زبائنهم الأفارقة الشماليين على النحو الذي وصفه فانون، من المفيد تذكّر أنه بالنسبة لإيمانويل كانط، يُعدّ الزمان والمكان صورتين قبليتين للحدس[4]. هذا يعني أنه "بالرغم من أنّ مادة كل مظهر لا تُعطى لنا إلا بعدياً، إلا أنّ صورة كل مظهر يجب تكون جاهزة تماماً للإحساسات قبلياً في العقل" (Kant 1996: 73; A20|B34). ما يعنيه هذا هو أنه في حين أننا نفهم ما يُقدَّم لحواسنا بَعْدَ حقيقة ذلك التمثّل، إلا أنّ الآلية التي يمكن من خلالها الإمساك بالمعطيات الحسية تكون موجودةً قبل أي مواجهة محددة مع الشيء. وفيما يتعلق بمفهوم المكان على سبيل المثال، يكتب كانط:

> المكان هو تمثّل قبلي ضروري يكمن وراء جميع حدوسنا. لا يمكننا أبداً أن نمتلك تمثُّلاً عن عدم وجود المكان، وإن كنا قادرين تماماً على التفكير في عدم وجود أشياء فيه. من هنا، يجب اعتبار المكان شرطاً لإمكانية المظاهر، لا كتحديد يعتمد عليها. المكان هو تمثّل قبلي يكمن بالضرورة وراء مظاهرنا. (Kant 1996: 78; A24|B38-9)

إنّ فهم كانط للزمان مماثل، حيث يُشير إلى أنّ "التزامن أو التعاقب لن يدخلا إدراكنا الحسي إذا لم يكن تمثّل الزمن كامناً وراءهما قبلياً" (Kant 1996: 85; A30|B46). ما أودُّ تعقيده من خلال استشهادي بهذه المقاطع من "الاستاطيقا الترانسدنتالية" لكانط هو فكرة الآنية. أي أنّ الموقف المسلّم به تجاه خبرة المرء عن الأشياء في العالم هو موقف الاتصال المباشر. أرى كتابي ووجهه على الطاولة وألتقطه، وأقلّبه، وأغلقه. لا يخطر ببالي أنّ هناك إطاراً قبلياً يحدث من خلاله الحدس، ناهيك عن الإدراك. إنّ اقتراح فانون للموقف القبلي يوجب

(4) كما توضّح Carrie Jenkins، إنّ المعرفة القبلية "هي المعرفة التي تكون... مستقلة عن أي دليل تم جمعه من خلال خبرة الحس... المعرفة التي لا ينحصر تسويغها في الدليل التجريبي أو يعتمد عليه في النهاية (Jenkins 2015, p. 207)". هذا يعني أنّ ما يُعرف على أنه قبلية = يُعرف قبل التجربة، في حين البعدية هي ما يُعرف بعد التجربة أو كنتيجة لها.

التشكيك في الآنية المسلّم بها التي يمتلكها المرء في حواره مع الآخر وفي المواجهة بين الطبيب والزبون. حجته هي أنه قبل أن يدخل هذا الشخص المعني، وهو مهاجر من شمال أفريقيا في عام 1952 ليون، إلى مكتب استشارات الطبيب النفسي الفرنسي الأبيض، كان هناك إطار مفاهيمي جارياً مسبقاً، إطاراً يُنظِّم فهم وإدراك الممارِس في المجال الطبي. فهذا الإنسان المعني الذي يبحث عن المساعدة هو أفريقي شمالي قبلياً. أي أنّ الإطار الذي يتوسّط استيعاب الطبيب السريري للزبون هو إطار لا يعترف بذلك الزبون كفرد، بل كأفريقي شمالي حيث إنّ الأفريقي الشمالي هو فئة مشبّعة بمجموعة من المعاني. قبل تتبّع الآثار المترتّبة على هذا الموقف في البيئة السريرية، سيكون من المفيد دراسة نفس الظاهرة خارج البيئة السريرية، كما يصفها فانون في العمل المنشور في نفس الفترة. يصف فانون الفصل الخامس "**L'éxperience vécue du Noir**" من كتاب **Peau noir, masques blancs** على النحو التالي[5]:

> إنه يُبرِز الزنجي (Le nègre) وجهاً لوجه مع عرقه... فنحن نشهد الجهود اليائسة للزنجي الذي يحاول بشكل يائس اكتشاف إحساس أو معنى (le sens) الهوية السوداء. لقد فرضت حضارة البيض، الثقافة الأوروبية انحرافاً وجودياً على السود. سنُظهر في موضع آخر أنّ ما كان يُسمى غالباً بالروح السوداء هي من بناء البيض. (Fanon 2011: 68 ترجمتي)[6]

(5) يجعل ريتشارد فيلكوكس هذا الفصل في ترجمته Black Skin, White Masks تحت عنوان "التجربة المعاشة للرجل الأسود". أنا أفضّل "التجربة المعاشة للسود" بالنظر (في نفس الوقت) إلى العُرف الإشكالي في عزو الحالة العالمية إلى الذكورة. أي أنه من الناحية النحوية يمكن أن تُشير le Noir إلى كل من الرجل الأسود والمرأة السوداء بطريقة تعجز عنها La Noir (في ذلك الوقت). ومع ذلك، فأنا أعترف بأنّ مسألة مدى حديث هذا الفصل عن التجربة المعاشة للمرأة السوداء هو أمر معقد ومزعج. للاطلاع على مزيد من التوضيح بخصوص هذا الموضوع، أُحيل القارئ إلى Gordon (2015) وSharpley-Whiting (1998).

(6) النص الأصلي:
"Il montre le nègre en face de sa race ....nous assistons aux efforts désespérés dun

إنّ هذا المقطع، المخبّأ في "مقدّمة" الكتاب، هو المفتاح، وسنعود إليه فيما بعد. لكنّ الآن، تأمل في الطريقة التي يوضع فيها هذا الشخص الأسود "وجهاً لوجه مع عرقه". تخيل المهاجر في عام 1952 في ليون جالساً على قطار ويسمع فجأة "'زنجي قذر!' أو فقط 'انظر! زنجي!'" (Fanon 2008: 89). هكذا يصف فانون تأثير تلك المواجهة:

> لقد جئت إلى هذا العالم متلهفاً لاكتشاف معنى الأشياء (Fanon 2011: 153)، وروحي متعطشة إلى أن تكون في أصل العالم، وها أنا موضوع من بين الموضوعات الأخرى. محاصَراً في التشيّؤ الخانق، لجأتُ إلى الآخر لأجل أنّ نظرته التحررية، المنزلقة على جسدي بشكل مفاجئ والمصقولة من الحواف الخشنة، ستُعيد لي ضوء الوجود الذي اعتقدتُ أنني فقدته، وتُخرجني من العالم لتُرجعني مرة أخرى إلى العالم. ولكن بمجرد وصولي إلى المنحدر الآخر، أتعثر، ويثبّتني الآخر بنظرته وإيماءاته وموقفه، بنفس الطريقة التي تُثبّت بها الإنشاء بالدهان. (Fanon 2008: 89)

يستمر فانون في توضيح العملية التي يتم من خلالها إخضاع هذا الأسود على أنه زنجي في هذا السياق الاجتماعي العنصري. يخضع بطل الرواية عبر عدد لا يُحصى من الأشكال إلى فكرة أنّ "الزنجي حيوان، الزنجي سيء، الزنجي خبيث، الزنجي قبيح؛ انظر، زنجي" (Fanon 2008: 93). إنه أمر لا مفرَّ منه. "الرجل الأبيض حولي من كل مكان؛ السماء فوقي تنشق من منتصفها؛ والأرض تنهار تحت قدمي وتغني أبيض، أبيض. كل هذا البياض يحرقني ويحولني إلى رماد" (Fanon 2008: 94). لقد دخل هذا الأسود في سياق تضمَّن مسبقاً تصوراً مترسّخاً عن السود.

> لقد انزويتُ إلى الأركان، وواجه الهوائي الطويل خاصتي البديهيات المختلفة على سطح الأشياء: ملابس الزنجي تفوح منها رائحة الزنجي؛

nègre qui sacharne à découvrir le sens de lidentité noire. La civilisation blanche, la culture européenne ont imposé au Noir une déviation existentielle. Nous montrerons ailleurs que souvent ce quon appelle lâme noire est une construction du Blanc."

> الزنجي لديه أسنان بيض؛ الزنجي لديه قدمين كبيرتين؛ الزنجي لديه صدر عريض. انزويت إلى الأركان؛ وحافظت على صمتي؛ كل ما أردته هو أن أكون مجهولاً، منسياً. انظر، سأوافق على كل شيء، شرط ألّا يلاحظني أحد. (Fanon 2008: 96).

تعاني محاولات تأكيد خصوصية هذا الأسود من آثار إطار الفهم الموجود مسبقاً. وبالتالي، رُغم أنّ الفرد قد يحاول تجاوز هذا الإطار، إلا أنه حتى محاولة التجاوز هذه يتم فهمها من خلال ذلك الإطار. لذلك، يُعتبر الطبيب الأسود المؤهل استثناءً عن القاعدة، وبهذه الطريقة تتم المحافظة على سلامة الإطار. ولكن حتى حينئذ، كما يقول بطل رواية فانون، "كنتُ أعرف على سبيل المثال إذا قام الطبيب بحركة خاطئة واحدة، انتهى أمره وأمر كل من يأتي بعده. ما الذي يمكن للمرء أن يتوقعه في الواقع من طبيب زنجي" (Fanon 2008: 97). لقد جعل فانون العالم الأبيض يشرح الموقف بشكل مفيد لبطل روايته: "لقد أتيتَ متأخراً للغاية، متأخراً كثيراً" (Fanon 2008: 101).

يصف غوردون هذا المأزق، المفهوم من قِبل فانون مكانياً (الكون "مثبّتاً" على مزلجة) وزمانياً (الكون متأخراً للغاية) على النحو التالي: "إنّ الانشقاق بين الهوية والوجود محطّم، والنتيجة هي وجود ضروري، واقع 'أنطولوجي'، مفرط التحديد. أن ترى شخصاً ما بهذه الطريقة يعني البقاء بعيداً عن الاحتمالات. إنه يأخذ صورة السيطرة والإعلان بدلاً من الاستجواب" (Gordon 2015: 49).

إذا عدنا الآن إلى المقطع السابق من "المقدّمة"، فإنّ ما هو على المحك واضح، تمّ وضع هذا الشخص الأسود وجهاً لوجه مع مفهوم الهوية السوداء في سياقٍ يعود فيه صنع-المعنى إلى الآخر. بمعنى أنّ هناك طرقاً قبلية للفهم أو لإضفاء المعنى لا يستطيع هذا الفرد الوصول إليها. لا يمكن لهذا الأسود تغيير الطريقة التي يُفهم بها الأسود ولذلك فهو عرضة إلى أن يتم فهمه بنفس طريقة فهم كافة السود. إنّ "الخبرة المعاشة للسود" هي تفسير فينومينولوجي لهذا القيد. إنّ "الانحراف المفروض" الذي يُشير إليه فانون هو أنه يتم إجباره على

مسارات سِككية لنظامِ فهم قبلي، حيث يتم تحديد الهوية السوداء أو الروح السوداء على طول ذلك المسار بدلاً من الشروط التي قد يرغب بها بطل الرواية لإعطاء معنى لتلك الأمور. يرتبط هذا مع تفسير غوردون إذا اعتبر المرء أنّ تصور الفهم عند هانز-جورج غادامير مرتبط بالتوجّه الأنطولوجي للمرء. أي أنه لكي يحدث الفهم، يجب أن يتبدل موقف المرء لكي يكون هناك "اندماج آفاق"؛ اتحاد مستويات الفهم. "إنّ تغيير أنفسنا لا يتألف من تعاطف الفرد مع الآخر ولا من إخضاع الشخص الآخر إلى معاييرنا الخاصة؛ بل دائماً ما يتضمن الارتقاء إلى عالمية أعلى لا تتجاوز خصوصيتنا فحسب بل كذلك خصوصية الآخر" (Gadamer 2004: 304).

على أية حال كما يكتب تشارلز تايلور (ويشرح فانون):

> إنّ نوع الفهم الذي تمتلكه المجموعات الحاكمة عن المحكومين، الذي يحوزه الغزاة عن المغلوبين... عادة ما كان يستند إلى الثقة التامة التي مفادها أنّ الشروط التي يحتاجونها موجودة مسبقاً في مفرداتهم... وفي الواقع، إنّ الرضا بالحكم، وما وراء الغنائم، والتبادل غير المتكافئ، واستغلال العمل، ينطوي إلى حدٍ كبير على إعادة تأكيد هوية المرء التي تأتي من الكون قادراً على العيش في هذا الخيال من دون مواجهة التفنيد الوحشي. إنّ الفهم الحقيقي تكون تكلفته الهوية دائماً - شيء غالباً ما يختبره المحكومون بشكل مؤلم. (Taylor 2002: 141)

لم يتحرّك محاور الرجل الأسود عند فانون ولا محاور زبونه الأفريقي الشمالي. لقد اختُزل الرجل الأسود لفانون إلى نواح في نهاية الفصل. إنّ الأفريقي الشمالي يتألم. عن الأسود، يكتب فانون: "في بداية تاريخي الذي اختلقه الآخرون لي، تمّ إعطاء قاعدة أكل لحم البشر مكانة الصدارة كي لا أنسى" (Fanon 2008: 100)؛ عن الأفريقي الشمالي:

> إنّ الأفريقي الشمالي اليوم الذي يذهب إلى رؤية الطبيب يحمل على عاتقه عبء جميع بني جلدته. من بين كل من ظهرت عليهم الأعراض فقط...

فقط هذا المريض موجود هنا، أمامي، هذا الجسد الذي أنا مجبر على افتراض أنه اجتاحه الوعي، هذا الجسد الذي لم يعد جسداً بالكلية أو بالأحرى جسداً مضاعفاً لما بجانب نفسه من رعب - هذا الجسد الذي يطلب مني أن أستمع له دون إيلاء الكثير من الاهتمام به - يملؤني بالغضب.

"أين يؤذيك؟"

"في معدتي". (ويشير إلى كبده.)

ففقدت صبري. وأخبرته أنّ المعدة تقع إلى اليسار...

"كلها تؤلمني".

تصادفَ أن أعرف أنّ هذه "كلها" تضم ثلاثة أعضاء؛ وبشكل أكثر دقة خمسة أو ستة أعضاء. وأنّ كل عضو له مَرَضيته. [أمّا] المرَضية المخترعة بواسطة العربي فلا تهمنا. إذ هي مرَضية زائفة. العربي شبه- غير صالح. .(Fanon 1967: 9)

إنّ الخطر في هذه المرحلة هو تخيّل أنّ ما يُحرك هذا المشهد هو بعض المعتقدات الرجعية الباطلة المترسّخة، مهما كانت مقبولة ثقافياً في الزمان والمكان الذي حدث فيه المشهد. وهذا من شأنه أن يعوقَ الطرق التي يتم من خلالها إعادة إنتاج هذا المشهد بواسطة الممارسين المتدرجين اليوم. إنّ ما يحدد شروط إمكانية هذا التبادل هو أن يكون الطبيب السريري قادراً على أن يشغل بثبات المستوى الذي يحدث فيه الفهم ويتم فيه عزو المعنى (الطبيب السريري يفهم علم الأمراض وما يتطابق مع هذا الفهم فقط يُعدّ شرعياً). خذ بعين الاعتبار ما كان يتعين على الزبون المذكور القيام به لكي يكون مفهوماً. لن يحتاج الزبون إلى أن يكون على دراية بالتشريح البشري في حد ذاته، بل كان يتعين عليه أن يتوصّل إلى استيعاب فهم الطبيب السريري. هذا يعني أنّ الزبون، أي الفرد الذي يعاني من الألم أو الكرْب، يجب عليه أولاً أن يشرع بالحركة اللازمة لكي يكون واضحاً أمام الطبيب الراسخ. هذا هو العمل الذي يجب على الزبون الذي هو "الآخر" أن يقوم به. إنّ المقابلة الطبية النفسية عبر-الثقافية هي

المجال الذي يعمل فيه الزبون الأصلي أو المهاجر، حاملاً عبئاً غير متناسب للحفاظ على الوضوح. إذا أخفق الزبون الأصلي أو المهاجر في حمل هذا العبء بشكل مناسب، فإنهم يخاطرون بأن يتم اعتبارهم شبه-غير صالحين، ليس في عصر فانون فحسب، بل في عصرنا أيضاً.

ألا يمكن أن يقال إنّ "شبه-غير الصالح" هو "شخص زائف"؟ فالشخص الكامل يستدعي اهتمام الطبيب في حين الشخص-الزائف لا. نتيجة لذلك، قد لا يظن المرء أيضاً أنه من أجل معالجة الزبون بإنصاف، يجب أن يُدرك الطبيب إنسانية الزبون - يجب أن يفهم أو يُخفق بحق في فهم الزبون على أنه أكثر من مجرّد جسد "اجتاحه الوعي"؛ كإنسان؛ كشخص[7]. "الأطروحة الثالثة. - إنّ أكبر استعداد، وأنقى النوايا يتطلبان التنوير. فيما يتعلق بضرورة إجراء تشخيص ظرفي". (Fanon 1967: 10)

"الأطروحة الثالثة. - إنّ أكبر استعداد، وأنقى النوايا يشترطان التنوير. فيما يتعلق بضرورة إجراء تشخيص ظرفي (Fanon 1967: 10).

يصوغ فيليبو مينوزي "ضرورة إجراء التشخيص الظرفي" من خلال القدرة "على إدراك الظرف الاجتماعي للعامل المهاجر الأفريقي الشمالي: مهجَّر، مصاب غالباً، ومهمّش" (Menozzi 2015: 366). يجب علينا مرة أخرى أن نسأل ماذا يعني "الإدراك" في هذه الحالة. لا أعتقد أنّ مينوزي يستوعب تماماً جذرية مطلب فانون، وبالتالي قراءة الأول عن "التوتر أو التمزّق بين فانون الطبيب النفسي وفانون الناشط" (Menozzi 2015: 368). لا أرى هذا التوتر أو التمزّق.

(7) بالنسبة إلى (1969) Emmanuel Levinas، إنّ اللامحدودية المتمثلة في أنّ الآخر لا يمكن إدراكه أو اختزاله إلى الكليّة هي تصوري عن الأشياء في العالم. على الرغم من أنّ الأخلاق السريرية الفانونية والليفيناسية مختلفتان للغاية في بعض الطرق، إلا أنهما ليستا غير قابلتين للمقارنة. فهما، سوية، يقتضيان على الطبيب أن يكافح من أجل فهم وإدراك إنسانية الزبون من دون الخضوع إلى الغطرسة التي تُصيب المرء دائماً، لانّ هذه "الإصابة" ستكون بمثابة عودة أوديسية إلى إطار قبلي.

ليس في أمر شيء إذا ما أخذ المرء الدعوة إلى "التشخيص الظرفي" على أنها دعوة للطبيب النفسي الفرنسي الأبيض للعمل؛ للتحرّك. إنها ليست دعوة للإدراك بطريقة منزوعة المخ، بل للشروع بالحركة الأنطولوجية وإنجاز العمل اللازم لفهم الزبون كشخص، ولفهمه بمصطلحاته، وفقاً للظرف الأنطولوجي للزبون - الأرضية التي يشغلها.

عند النظر في قضية صالح ف.، قصة القصيرة لـ Miljenko Jergović، سيوضِّح "التشخيص" ما هو على المحك. "لقد رأى صالح ف. بأم عينه تقطيع زوجته وبنتيه بالمنشار الكهربائي من قِبل التشيتنيك. ليُسجَن لاحقاً في Manjaèa، وكان من المتوقع أن يُتوفى هناك" (Jergović 1997: 108). لم يمت في السجن، بل تم الإفراج عنه وانتهى به المطاف في معسكر للاجئين في جمهورية التشيك. لسوء الحظ، مرَّ بأوقات صعبة هناك:

> كان أُمّياً وبطيئاً بعض الشيء، وكان رمزاً مثالياً للمرح. قضى صالح ف. أيامه وهو يحاول ألا يبتلع الطُعم. في بعض الأحيان، كان يبذل الجهد للتوصّل إلى رد حازم سريع أو للتفكير في رد أصلي، لكنه لم يكن يوفّق في حقيقة الأمر. وينتهي به الأمر إلى أن يبدو أكثر غباءً من ذي قبل. كان الأمر كما لو أنه تمّ إلقاءه في آلة لخلط الأعصاب. وكانت الطريقة الوحيدة للفرار هي ممارسة الضغط على أبله ثان أو حل الأمر بيديه. (Jergović 1997)

تصل الأمور إلى ذروتها عندما "يتعرض صالح ف. للضرب، في البداية من قِبل البوسنيين ومن ثم من قِبل حراس الشرطة التشيكية" (Jergović 1997: 109). رغم أنّ السلطات كانت ترغب في ترحيله، إلا أنها لم تستطع إعادته إلى البلد الذي مزقته الحرب، ولم تتمكّن من إيجاد بلد مستعد "لأخذ بوسني عرضة للقتل" (Jergović 1997). ومن ثمّ، تقرر أخيراً إرساله إلى مستشفى للأمراض النفسية. يصف Jergović موقف بطل القصة هناك على النحو التالي:

> في المستشفى، تمّت معاملة صالح ف. كملك... شعر الأطباء بسعادة

غامرة لإتاحة هذه الفرصة لدراسة خنزير غيني بشري الذي شهد تقطيع أقرب أقربائه إلى أجزاء - الساقين أولاً، ومن ثم الذراعين، وأخيراً الرأس. اعتاد الرجال الذين يرتدون السترات البيضاء، على فترات منتظمة، التحقق من حالة صالح ف. من خلال النظر عبر ثقب تجسس... لم يكن يبدو مختلفاً عن أي شخص آخر في العالم يتابع آخر الأخبار عن البوسنة مع عدم الاهتمام.
خلصَ الأطباء إلى أنّ صالح ف. كان في الحقيقة في حالة صدمة. وأعدّوا تقارير مطوّلة ومتحذلقة عنه، وكتبوا أوراقاً إلى المجلات الطبية النفسية، وناقشوا التكهنات المختلفة ونوهوا بصبر لكي تتعافى روح صالح ف. الدامية والممزقة. إلا أنّ حالته لم تتغير خلال الأشهر القليلة التي تلت ذلك. (Jergović 1997: 109-110)

من وجهة نظر فانونية، يشابه وضع صالح ف. وضع الأفريقي الشمالي ووضع نياشا لـ دانغارامغبا قبل الطبيب النفسي الأول الذي استشارته. تمرّ إنسانية هؤلاء الثلاثة من دون الاعتراف بها. تم اختزال صالح ف. إلى فضول - حالة مثيرة للاهتمام؛ بوسني، حيث أصبح البوسني يمثل بعض الشفرات، بعضاً من رموز النقص أو العنف؛ شيء ما أقل من الإنسان. هنالك تشابهات بين الاهتمام الذي يتلقاه صالح ف. وعدم الاهتمام الذي عانى منه الزبون الأفريقي الشمالي لفانون:

"لا يمكنهم التعبير عن أنفسهم".
وهم كذابون
وهم أيضاً لصوص
وكذا وكذا وكذا
العربي لص
جميع العرب لصوص
ليس للأمر علاقة بالعرق
قذرين

مقززين
لا شيء يمكنك القيام به حيالهم
لا شيء يمكنك الحصول عليه منهم
بالتأكيد، من الصعب بالنسبة لهم أن يكونوا على ما هم عليه
الكون على هذا النحو
لكن على أية حال، لا يمكنك القول إنه خطأنا. (Fanon 1967: 14)

على الرغم من أنّ العنصرية تعمي، إلا أنّ مقصد فانون ليس أنّ الافتراضات العنصرية خاطئة أو غير عقلانية، أو حتى تشكّل عائقاً أمام الممارسة السريرية الجيدة. المقصد هو أنّ نقطة البداية للممارسة السريرية العادلة، نقطة البداية لما تسميها مارلين نسيم سابات "الإنسانية الفانونية" (Nissim-Sabat 2010)، هي الانخراط في العمل واجتياز المسافة اللازمة لأخذ بعين الاعتبار إنسانية الآخر. وبالتالي فإن المسؤولية التي يضعها فانون على زملائه:

> هذا الإنسان الذي تُشيؤه من خلال مناداته بشكل منهجي محمّد، الذي تقوم بإعادة بنائه، أو بالأحرى الذي تُذيبه، على أساس فكرة ما، فكرة أنت تعرف جيداً أنها بغيضة (أنت تعرف جيداً أنك تسلبه شيئاً ما، شيء كنتَ منذ وقت ليس ببعيد على استعداد للتخلي عن كل شيء، حتى حياتك، لأجله) أليس لديك الانطباع عمّا بداخله؟ (Fanon 1967: 14)

مع الأخذ في الاعتبار أنّ هذا النص كُتِب بعد أقل من عشرة سنوات من نهاية الحرب العالمية الثانية، يمكن للمرء أن يرى أنّ فانون، المحارب المخضرم في تلك الحرب، يُسند مسؤولية أخلاقية إلى زملائه بسبب عدم اعترافهم بإنسانية زبائنهم من الأفارقة الشماليين. "كشخص، أنتَ تعرف جيداً ماذا يعني أن تكون تحت وطأة المعاناة والألم، وافتقارك إلى تمييز تلك الحالات في زبائنك ناتج عن قرارك بالإحجام عن القيام بالعمل الضروري للفهم"، هذا ما يبدو أنه يقوله. ينطبق هذا على أولئك الذين يهتمون بصالح ف. ونياشا. والأكثر جذرية هي المسؤولية التي يضعها على عاتق الطبيب:

> هنالك منازل يجب بناؤها، ومدارس يجب فتحها، وطرقاً يجب تعبيدها، وأحياء فقيرة يجب هدمها، ومدُناً يجب بناؤها لتزدهر على الأرض، رجالاً ونساءً وأطفالاً، وأطفالاً يجب تزيين وجوههم بالابتسامة. هذا يعني أنّ هنالك عملاً يجب القيام به، عملاً إنسانياً... هنالك دموع يجب مسحها، ومواقف غير إنسانية يجب محاربتها، وطرق كلام متغطرسة يجب استبعادها، وبشراً يجب أنسنتهم. (Fanon 1967: 15-16)

كما يوضّح Jean Khalfa في ورقته الممتازة، لقد أدركَ فانون وأخذ على محمل الجد الحاجة إلى معالجة العوامل الاجتماعية والثقافية التي تولّد مجموعة متنوعة من الأمراض (Khalfa 2015). إنّ العمل الذي يُكلَّف به الطبيب ليس مجرّد قطع المسافة اللازمة لمواجهة الزبون كشخص بحد ذاته أو وفق شروطه الخاصة، بل أبعد من ذلك، للمساهمة في إنشاء سياق اجتماعي وثقافي يتم فيه الاعتراف بإنسانيتهم. إنّ موقفه يماثل فهم موغوبي راموس لمفهوم أوبونتو (ubuntu). ولشرح القول المأثور لنغوني umuntu ngumuntu ngabantu، = الشخص هو شخص بحكم كونه، من بين أُناس آخرين، ومعهم، يشير راموس:

> على الرغم من أنّ اللغة الإنجليزية لا تستنزف معنى هذا المَثل أو القول المأثور، إلا أنه مع ذلك قد يُترجَم إلى ما مفاده أنْ تكون إنساناً يعني أن تؤكد على إنسانية المرء من خلال الاعتراف بإنسانية الآخرين وتأسيس علاقات إنسانية معهم على هذا الأساس... أن تكون إنساناً لا يكفي. يُؤمَر المرء، نعم، يؤمر إذا صحّ التعبير، ليُصبح بالفعل إنساناً. ما هو حاسم حينئذ هو أن يُثبت نفسه على أنه تجسيد لـ ubu-ntu... لأنّ الحكم الأخلاقي الأساسي والقانوني والاجتماعي للاستحقاق الإنساني والسلوك الإنساني يقوم على الـ ubu-ntu. (Ramos 1999: 54-55)

إنّ "التنوير" أو الفهم اللازم لإجراء "التشخيص الظرفي" لا يمكن أن يتحقق إلا من خلال الانخراط في شيء يماثل الإنسانية الفانونية - العمل على الاعتراف بإنسانية الآخر، ومن خلال ذلك، يتم التعبير عن إنسانية المرء خاصته.

لقد سعيتُ إلى توضيح ضرورة هذه النزعة في المقابلة الطبية النفسية، خاصة تلك التي ينتمي فيها الطبيب إلى الثقافة السائدة والزبون إلى ما أشرتُ إليه بـ "الآخر الثقافي". ورداً على سؤال ما مدى واقعية هذا، أو كيف يمكن للمرء أن يمضي في تحقيق هذا المشروع الإنساني، أترككم مع الكلمة الختامية لفانون حول "متلازمة الأفريقي الشمالي":

> الحلّ الخاص بك، سيدي؟
> لا تضغط عليّ كثيراً. لا تجبرني على إخبارك بما يجب أن تكون عارفاً به، سيدي. إذا لم تستردّ الإنسان الذي أمامك، فكيف يمكنني أن أفترض أنك استردّتَ الإنسان الذي بداخلك؟
> إذا لم تكن تريد الإنسان الذي أمامك، كيف يمكنني أن أُصدِّق الإنسان الذي ربما يكون بداخلك؟
> إذا لم تطلب الإنسان، إذا لم تضحِ بالإنسان الذي بداخلك بحيث يكون الإنسان الذي على هذه المعمورة أكثر من مجرّد جسد، أكثر من محمّد، فبأي حيلة سحرية يمكنني من خلالها أن أتيقّن من أنك، أيضاً، تستحق محبتي؟ (Fanon 1967: 16)

References

Beckett, S. (2010), En attendant Godot/Waiting for Godot: Tragicomedy in 2 Acts; A Bilingual Edition Translated from the Original French Text by the Author, New York: Grove Press.

Dangarembga, T. (2001), Nervous Conditions, London: Women's Press Classic.

Fanon, F. (1967), Towards the African Revolution: Political Essays. H. Chevalier, trans. New York: Grove Press.

Fanon, F. (2008), Black Skin, White Masks, R. Philcox, trans. New York: Grove Press.

Fanon, F. (2011), Œuvres: Peau noir, masques blancs, L'An V de la révolution algérienne, Les Damnés de la terre, Pour la révolution africaine, Paris: La Découverte.

Forman, M. (Director) (1975), One Flew over the Cuckoo's Nest, United States: Fantasy Films. Motion Picture.

Gadamer, H. G. (2004), Truth and Method, J. Weinsheimer and D. Marshall, trans. London: Continuum.

Gordon, L. (2015), What Fanon Said: A Philosophical Introduction to His Life and Thought, London: C. Hurst & Co.

Jenkins, C. (2015), A Priori Knowledge: The Conceptual Approach. In The Bloomsbury Companion to Epistemology. A. Cullison, ed. London: Bloomsbury.

Jergoviæ, M. (1997), Sarajevo Marlboro, S. Tomaševiæ, trans. London: Penguin Books. Kant, I. (1996), Critique of Pure Reason, W. S. Pluhar, trans. Indianapolis, IN: Hackett Publishing Company.

Khalfa, Jean. (2015), Fanon and Psychiatry, Nottingham French Studies, 54:52-71. Levinas, E. (1969), Totality and Infinity: An Essay on Exteriority, A. Lingis, trans. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.

MacKinnon, R., Michels, R., and Buckley, P. (2016), The Psychiatric Interview in Clinical Practice: Third Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing.

Menozzi, F. (2015), Fanon's Letter, Intervention, 17: 360-377.

Mudimbe, V. (1988), The Invention of Africa: Gnosis, Philosophy and the Order of Knowledge, Oxford: James Currey.

Nissim-Sabat, M. (2010), Fanonian Musings: Decolonizing/Philosophy/Psychiatry. In Fanon and the Decolonization of Philosophy. E. Hoppe and T. Nicholis, eds. Lanham, MD: Lexington Books.

Nordgaard, J., Sass, L., and Parnas, J. (2013), The Psychiatric Interview: Validity, Structure, and Subjectivity, European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 263:353-364.

Ramose, M. (1999), African Philosophy through Ubuntu, Harare: Mond Books.

Safer, E. (1977), "It's the Truth Even If It Didn't Happen": Ken Kessey's One Flew over the Cuckoo's Nest, Literature/Film Quarterly, 5:132-141.Sharpley-Whiting, D. (1998), Frantz Fanon: Conflicts and Feminisms, Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers.

Taylor, C. (2002), Gadamer on the Human Sciences. In The Cambridge Companion to Gadamer. R. J. Dostal, ed. Cambridge: Cambridge University Press.

أسئلة دراسية

1 – ما هي العلاقة بين السلطة والطب النفسي؟

2 – ما هي آثار الهوية المتقاطعة للحالة الاجتماعية للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات ذهنية؟

3 – هل تشخيص الاضطراب الذهني هو شكل من أشكال الاضطهاد؟

4 – هل الاضطراب الذهني حقيقي أم هو أداة تم بناؤها للسيطرة الاجتماعية؟

5 – ما هي آثار الاختلافات الثقافية على التفرّد بالاضطرابات الذهنية؟

القسم السابع

الميتافيزيقيا، الإبستمولوجيا، والطب النفسي

الفصل الحادي والعشرون

الاضطراب الذهني، وحرية الإرادة، والاستقلال الشخصي

كريستيان بيرنغ

المقدّمة: المشاكل التي يفرضها الاعتلال الذهني على الحرية والاستقلال

إنّ المشروع الفلسفي الشائع داخل فلسفة الطب النفسي في التحقيق حول طبيعة الاعتلالات الذهنية هو تحديد الاختلافات الأساسية بين الأشخاص المعتلين ذهنياً ومَنْ هم ليسوا كذلك. في الفكر اليومي، غالباً ما يتم ذلك من خلال التحكّم-بالذات. فالأشخاص المصابون باعتلالات ذهنية غالباً ما يتم تصويرهم على أنهم خارج السيطرة. يتم التعبير عن هذا أحياناً على أنه بسبب تحكّم الاعتلال الذهني بالشخص، لذلك لا يتم اختيار أفعال الشخص بحرية. ينطبق هذا بشكل خاص على الإدمان واضطراب الوسواس القهري (OCD)، لكنه ينطبق أيضاً على الفصام، والهوَس، والاكتئاب. وهذا أحد أسباب ما يقال من إنّ أفعال المعتلين ذهنياً لا تمثّل مَنْ هم بالفعل، أو لا تنبع من ذواتهم الحقيقية. عندما يُزعَم أنّ الأشخاص المعتلين ذهنياً غير مسؤولين عن بعض أفعالهم، فإنّ الافتقار إلى التحكّم بالذات أو الحرية هو ما يفسّر ذلك.

إنّ هذه الميزة في فهمنا للاعتلال الذهني تُعدّ مركزية للغاية لدرجة أنّ إنكارها يعني الاقتراب من إنكار أنّ هنالك اعتلالات ذهنية. فعلى سبيل المثال، إذا اتضح أنّ الأشخاص المدمنين والمصابين بـ OCD يتصرفون بحرية مع التحكم-بالذات، فقد نجد صعوبة في معرفة سبب وجوب اعتبار هذه الحالات مشاكل طبية من الأساس. وسننجذب إلى إعادة تصنيفها على أنها تعكس فقط

مجموعة من الخيارات والتفضيلات التي نجد صعوبة في فهمها. وعليه، سنحتاج إلى إعادة التفكير في كيفية فهمنا للاعتلال الذهني إذا لم نتمكّن من تسويغ فكرة أنه يشير إلى فقدان الحرية والتحكم-بالذات. على أية حال، اتضح أنّ إيجاد نظريات مُرْضية عن الحرية والتحكّم-بالذات تتناسب جيداً مع ما نعرفه عن الاعتلال الذهني وتُفسّر فروضاتنا المقبولة بشكل عام حول مدى مسؤولية المعتلين ذهنياً أمرٌ غير سهل. وهذا له مصادر مفاهيمية وتجريبية على حدٍ سواء. وقد ثبتَ أنّ تقديم تحليل واضح لما نعنيه بالحرية والتحكّم-بالذات يتناسب مع الحدوس الشائعة هو أمر صعب. والأكثر من ذلك، أنّ علم الاعتلال الذهني متنازع عليه أيضاً داخل الطب النفسي ومن قِبل نقاد الطب النفسي، وهذا عقّدَ من مَهمة مطابقة التحليل المفاهيمي مع الحقائق التجريبية.

في هذا الفصل، سأتفحّص المقاربات المختلفة لفهم الحرية والاستقلالية، وما هي أنواع الاعتلالات الذهنية التي يترتب عليها فقدان الحرية أو الاستقلالية. سأبدأ مع الجدل الميتافيزيقي حول حرية الإرادة، ومن ثم أنتقل إلى الجدل حول الاستقلال الشخصي. وأختم ببعض الأفكار حول كيفية تسوية هذه النقاشات، أو على الأقل، كيف يمكن للمرء أن يصل إلى موقف معقول فيما يتعلق بفهم الاعتلال الذهني. وسأركّز بشكل خاص على السؤال المنهجي هل يمكننا أن ندع العواقب الاجتماعية للرؤى الخاصة بنا توجّهنا إلى أي الرؤى يجب اعتمادها.

حرية الإرادة والحتمية

عند محاولة تصوّر ما الذي يسلبه الاعتلال الذهني منّا، قد نميل إلى القول إنه على الأقل في الحالات الشديدة، يسلبنا حرية الفعل. تتداخل شروط القلق المُشِلّ أو الاكتئاب، أو حالات الوهم مع حيوات الناس إلى حدّ قد نقترح أنهم أقل حرية نتيجة لذلك. قد نقول صراحة إنه على الأقل مع بعض الاعتلالات كالإدمان، يفقد الأشخاص حريتهم. وقد نأمل عندئذ إمكانية مساعدة الفلسفة لنا

في توضيح ما قد يعنيه ذلك، وإمكانية استخدام التنظير الفلسفي لتسويغ مثل هذه الادعاءات.

ومع ذلك فإنّ حدوسنا حول الفعل غير الحر محيرة وربما مُربِكة. فعلى سبيل المثال، يمكننا أن نميّز بين الفعل الحر والفعل القسري، لكن يتعين علينا التفكير مليّاً فيما يُعتبر فعلاً حراً. يمكننا أن نحرم الشخص من حريته في الذهاب إلى المكان الذي يريد من خلال حبسه في زنزانة السجن، لكننا لا نجبره بذلك على القيام بأي شيء. إذا قام المتنمِّر بإمساك ساعد الضحية واستخدمه لضرب وجه الضحية، فإنّ الضحية لم تضرب نفسها بشكل فعلي. إذا ما حاصرني قاطع طريق ما في الزقاق ولوّحَ بسكين كبيرة، وأمرني بتسليم محفظتي، فقد نقول إنه أجبرني على تسليم محفظتي، لكن قد نقول على نحوٍ مكافئ إنني بإرادتي اخترتُ تسليم محفظتي وكان يمكنني أن أرفض. عندما تحدد القوانين المحلية أنه لا يمكنني ركن السيارة على الرصيف، وهنالك احتمال قوي أن يتم تغريمي إذا قمتُ بذلك، فليس من الواضح أنهم سلبوا حريتي في ركن السيارة على الرصيف. فهم فقط أعطوني باعثاً لتجنّب مثل هذا الفعل. وبالمثل، تُقدِّم الحكومة لي باعثاً قوياً لدفع ضرائبي. وقد تكون تداعيات عدم دفعي للضرائب شديدة، وبالتالي قد أقول إنه يجب عليّ دفع الضرائب أو حتى أنني مضطر إلى دفع الضرائب، لكن قد تكون هذه طريقة مثيرة لإثبات النقطة، رُغمَ أنها غير صحيحة حرفياً. لا يزال بإمكاننا رفض أو قبول التداعيات. لذلك، من الصعب العثور على مثال واضح تماماً عن شخص يكون مجبراً على القيام بفعل ما. يمكننا أن نعتبر الحالات التي تكون فيها تداعيات عدم المضي في القيام بما يريده منا الشخص الذي يهددنا غير سارّة على نحوٍ متزايد، وتنطوي على ألم خاص بنا أو على فقدان الملكية أو على إلحاق أذى بأشخاص نحبهم، وربما تستفز هذه الأمور بشكل مقارب الحدس الذي مفاده أننا مجبرون على الفعل.

ربما نأخذ بعين الاعتبار الحالات التي تتداخل فيها عملية إصدار-القرار عندنا مع وسائل أخرى لفاعلين آخرين، عبر الاقتراحات بعد-التنويمية، أو غسل

الدماغ، أو الافتتان السحري. إنّ الفكرة المركزية في هذه الفئة هي أنّ المتلاعِب يغيّر رغبات الضحية، لكي يتصرفون بشكل مختلف، وفقاً لخطط المتلاعِب. قد يسمى هذا على نحوٍ أكثر معقولية بـ الفعل غير الحر، سنناقشه لاحقاً. يمكننا بعد ذلك مناقشة ما إذا كان من الممكن النظر في الاعتلالات الذهنية مستخدمين هذا النموذج، وبالتالي جعل الناس يتصرفون بشكل غير حر.

تُبرز هذه المناقشة إحدى الأفكار الأساسية حول الفعل الحر، كي يكون الفاعل حرّاً، كان يمكنه أن يفعل خلاف ذلك. وعلى العكس من ذلك، إذا لم يكن بإمكان الفاعل فعل خلاف ذلك، فإنه حينئذ لم يكن يتصرّف بحرية. وهكذا إذا كان سلوك الفاعل محدداً بطريقة ما بواسطة أحداث ماضية، فإنّ أفعال الفاعل ليست حرة. بالطبع هنالك كتابات كثيرة في الفلسفة عن حرية الإرادة والحتمية. وهناك العديد من المعسكرات الفكرية بشأنها. والطريقة الجيدة لتقسيمها هي من خلال أولئك الذين يؤمنون بالحتمية وأولئك الذين لا يؤمنون بها، ويبدو أنّ هذه مسألةٌ تجريبية. فعلى سبيل المثال، يبدو أنه إذا كانت بعض التفسيرات لميكانيكا الكم صحيحة، فإنّ هنالك بعض الأحداث في العالم تُعدّ عشوائية أصالةً وغير محددة بواسطة أحداث مسبقة. ومن ناحية أخرى، يدّعي البعض أنّ العالم حتمي (وقد يقدّمون دعوى أقوى بأنّ اللاحتمية هي بمعنى ما مستحيلة). بناءً على هذا الفرض، هنالك موقفين رئيسيين حول الفعل الحر. يقول اللاتوافقيون [الذين يعتقدون أنّ حرية الإرادة والحتمية الكونية غير متوافقتين ولا يمكن الجمع بينهما] إنّ الحتمية توحي بأنّ الأشخاص لا يمكنهم التصرّف بخلاف ما يفعلونه، وأنّ حرية الإرادة تتطلب بحكم طبيعتها أنّ الفاعل كان يمكنه أن يتصرف بشكل مختلف، وعليه ليس هنالك أفعال تُنفَّذ بشكل حر. يردّ التوافقيون بأنّ هذا يتضمن سوء فهم لمعنى الفعل الحر، الذي يقتضي ببساطة ألّا تكون الأفعال إجبارية على الشخص. يقولون إنّ الحتمية (من أي نوع، سواء أن كانت سببية أو ميتافيزيقية أو من أي نوع آخر) تتوافق مع الفعل الحر.

يتفق بعض الفلاسفة مع تعريف اللاتوافقيين للحرية لكنهم يجادلون بأنّ

العالم غير حتمي بشكل تام، لذا يجادلون بأنّ بعض الأفعال حرةٌ بالأصالة بمعنى أكبر من ذاك الخاص بالتوافقيين. إحدى طرق القيام بذلك تمّ تبنيها من قِبل "الليبراليين" الذين يقولون إنه من الممكن للفاعلين الهروب من السلسلة السببية والتصرّف كمسبِّبٍ غير مُسبَّب، تماماً مثل ما يجادل به بعض اللاهوتيين من أنّ الموجود الخارق للطبيعة كالإله المسيحي يمكنه أن يتصرّف بحرية.

لا يسلّط أي من طرفي هذا الجدال حول الحتمية واللاحتمية الضوء على الحرية أو الافتقار إليها بالنسبة للمعتلين ذهنياً. ومن الواضح أنّ أولئك الذين يُنكرون أنّ هناك شيئاً كالإرادة الحرة أو الفعل الحر لا يمكنهم أن يقارنوا بين حرية الأشخاص المصابين باعتلالات ذهنية والأشخاص غير المصابين بها. فبالنسبة لهم، لا يجرّد الاعتلال الذهني الناس من نوع الحرية التي يتكلمون عنها لأنه لا أحد يمتلك تلك الحرية.

قد يكون الليبراليون اللاحتميون في وضع يسمح لهم بتحديد بعض الفروقات بين أولئك المعتلين ذهنياً ومَن ليسوا كذلك فيما يتعلق بالحرية، إذا كان لديهم تفسير عن متى يمكن للشخص الهروب من السلاسل السببية للكون. وغني عن القول، إنّ هذا سيكون من الصعوبة بمكان. بالتأكيد، لم يُشر أي عمل تجريبي إلى أنّ بعض الناس يفلتون من قوانين التسبيب، وبالتالي فإنّ معرفة من لديه هذا النوع الخاص من الحرية ستكون ضرباً من التكهّن. بناءً على هذا التفسير للحرية لن يكون لدينا سبب للاعتقاد بأنّ الأشخاص الذين يعانون من اعتلالات ذهنية لديهم حرية أكثر أو أقل من الآخرين. من الممكن أن تلجأ بعض التفسيرات لبعض الاعتلالات الذهنية إلى أفكار من قبيل عشوائية أسباب السلوك، مما قد يفتح الباب أمام الأشخاص الذين يعانون من مثل هذه الحالات ويتمتعون بحرية أكبر من الآخرين. بناءً على هذه الاحتمالية، قد نعثر على ارتباط بين السلوك غير المنتظم للأشخاص المصابين باضطرابات ذهنية وعشوائية الأسباب، وهذا سيكون نتيجة لزيادة حريتهم. ولكن من الصعب معرفة كيف ستسير هذه الحجة في الواقع.

بشكل عام، إنّ أولئك الذين تمسّكوا بالرؤية التوافقية للحرية وجادلوا بأنّ الفعل الحر هو الذي لا يُجبَر عليه الآخرون لم يقدّموا الكثير من التوضيح لما هو الفعل الإجباري، ولم يتوسعوا بشأن ما إذا كانت الحالات كالإدمان تسلب حرية المرء. لكن على عكس رؤية الليبراليين، هنالك مسار واضح لهذا النقاش، لأنه من الممكن أن نستكشف بطرق مفاهيمية وتجريبية كيف أنّ الفعل المنجَز نتيجة الاعتلال الذهني يشبه (أو يختلف عن) الفعل المنجّز نتيجة إجبار الآخرين. يتناسب هذا المشروع بشكل جيد مع النقاشات الفلسفية حول الاستقلال الشخصي.

الاستقلال الشخصي

إنّ الفكرة المركزية للفعل الحر هي أن لا يكون المرء تحت سيطرة شخص آخر أو شيء خارج نفسه. يكافئ هذا السيطرة على الذات بدلاً من الكون تحت سيطرة قوة خارجية. كانت مهمة الكثير من الكتابات حول الاستقلال الشخصي هي تحديد بعبارات أكثر دقة ما يمكن أن يرقى إليه هذا، وما هي الظروف التي تقوّض الاستقلال الشخصي. تدور إحدى أحدث المناقشات حول ما تُعتبر كـ "قوة خارجية". عندما يكون مصدر التدخّل هو شخص آخر، فمن السهل فهم كيف أنّ التدخّل هو خارجي بالنسبة للشخص، لكن تمّت المجادلة أيضاً بأنه من الممكن امتلاك حالات ذهنية كالرغبات التي تكون أيضاً خارجية بالنسبة لذات الشخص. وقد تقصّت الكتابات الفلسفية (الناشئة من عمل فرانكفورت على الرغبات ذات الدرجة-الثانية وحرية الإرادة، 1971) والكتابات النفسية حول الحالات المجافية-للأنا (الإحالة) هذا الأمر. وقد جادلَ بعض الفلاسفة بأنّ بعض الأفعال لا تنشأ من الدوافع التي يؤيدها الفاعل، لذا فإنّ الأفعال بمعنى ما لا تكون خاصة بالفاعل. وقد سعى عدد من الفلاسفة إلى توضيح كيف أنّ الأفعال القصدية يمكن أن تُخفق في أن تعود له. (Bratman 2007; Frankfurt 1971; Jaworska 2007; Shoemaker 2003; Watson 1975). تتشابه الرؤى المختلفة

في مقارباتها لكنها تتباين في التفاصيل. يجادل فرانكفورت بأنّ رغبات الشخص الحقيقية هي تلك التي يؤيدها بشكل تفكّري، تلك التي يتوقون إلى رغبتها، في حين أنّ تلك التي يتمنون التخلّص منها لا تعود بشكل تام إليهم. ويجادل واتسون على نفس المنوال بأنّ الرغبات الحقيقية هي تلك التي يثمّنها الفاعل. ويجادل براتمان بأنه بالنسبة للإسناد التام، يجب أن تتناسب رغبات الفاعل مع خططه الطويلة-المدى. أما جاورسكا وشوميكر فيلجآن إلى المفاهيم المتعلقة بما يهتم به الناس على أنه المعيار الذي يمكن من خلاله القول إنّ أفعالهم تنتمي إليهم حقاً. جميع هذه الاقتراحات تتداخل فيما بينها، ويصفها Buss (2018) بأنها "تماسكانية"، ورغم أنها قد تتباين في التفاصيل، إلا أنها مدفوعة بالحدوس المتشابهة ذاتها حول الأشخاص الذين يجدون في أنفسهم رغباتٍ لا يؤيدونها، وأنّ الاستقلالية تتطلب أن يكون المرء قادراً على تقييم دوافعه الخاصة للتصرّف.

تركّز المقاربات الأخرى للاستقلالية على هل يمكن أن يستجيب الفاعل بشكل مناسب لأسبابه للقيام بالفعل. يجادل Fischer & Ravizza (1998) بأنّ الاستقلالية تتطلب ألّا يكون لدى الفاعل تماسك بين رغباته وقيمه فحسب، بل كذلك أن يستجيب بشكل صحيح إلى العالم. أي أنه يجب أن يفهم وضعه بطريقة تكون فيها أسبابه قادرة على التفاعل مع العالم، بحيث لا يكون الشخص منفصلاً عن الواقع. رُغمَ أنّ التماسك لا يزال مهماً وفق هذه الرؤية، إلا أنه لا يكفي الشخص ليكون مستقلاً. يحتاج الفاعل إلى امتلاك اتصال مناسب مع الواقع لكي يكون فاعلاً مؤثراً، وبما أنّ القوة الفاعلة المستقلة تهدف إلى تحقيق أهداف المرء، فإننا بحاجة إلى تضمين الاستجابة للأسباب في فهم الاستقلالية.

على أية حال، يواجه كل من هذين الموقفين التماسكاني والمستجيب للأسباب مشكلة أنهما وإن كانا قد يصوغان الطرق التي يمكن أن تُخفق من خلالها الرغبات والأفعال الناتجة في أن تعود بشكل تام إلى الشخص، إلا أنه من غير المعقول أن يحددا الشروط اللازمة للاستقلالية. ففي حين أن تحليل

الفعل الضعيف-الإرادة حظيّ بنقاشات كثيرة، إلا أنه من المقبول بشكل عام أن يُنفِّذ الأشخاص أفعالاً بناءً على رغبات لا يؤيدونها، وأن يمتلكوا تحكُّماً-بالذات في قيامهم بذلك. ومن الأمثلة الشائعة على ذلك تناول بعض الأطعمة غير الصحية بعد قرار تناول ما هو صحي، أو القدح في شخص ما بعد اتخاذ قرار أن تكون لطيفاً معهم. إنّ الحكم القبلي بأنّ مثل هذه الأفعال هي خارج سيطرتنا سيأخذ قدراً كبيراً من الجدال الفلسفي وسيتعارض مع خبرتنا عن الآخرين. لكن إذا كان الأمر كذلك، فإننا لم نحقق معياراً صارماً بشأن الاستقلالية.

حول كون المرء مجبوراً بسبب رغباته الخاصة

وعليه نحن بحاجة إلى تقديم مقياس إضافي عن متى يكون الشخص غير قادر على التحكّم بأفعاله الخاصة ويتناول الطريقة التي يكون من خلالها الفاعل غير قادر على مقاومة إنجاز الأفعال التي لا يؤيدها. لقد تمّ السعي إلى ذلك بطرق تجريبية ومفاهيمية، مع تداخل واسع فيما بينهما. ومما هو غير المستغرب أنّ الفلاسفة لم يحققوا إجماعاً على أفضل تحليل لما يُعتبر فعلاً قسرياً داخلياً، لكن ما هو أكثر إثارة للاستغراب محافظة علماء النفس أيضاً على تنوّع مماثل في الرؤى والتأويلات للنتائج التجريبية. من المحتمل أن يكون ذلك نتيجة لصعوبة فصل المكونات التجريبية والمفاهيمية، وبالتالي أي دعوى نفسية عن الاستقلالية تأتي محمّلة بافتراضات فلسفية. لقد ركّزت النقاشات في الفلسفة في الغالب على طبيعة إدمان العقاقير، لكنها شملت أيضاً اضطرابات الإدمان السلوكي، والإكراهات، والاختلاجات [tics]، والتحكم في الاندفاع [impulse control]، والفصام، والاكتئاب، والهوَس، وفرط النشاط.

لقد تعكّرت النقاشات حول الإدمان من خلال قضية هل الإدمان مرض ذهني. يميل أولئك الذين جادلوا بأنه كذلك إلى التمسّك بأنّ المدمنين ليسوا أحراراً في سلوكهم الإدماني، أما أولئك الذين جادلوا بأنه ليس مرَضاً حقيقياً

فيميلون إلى التمسّك بأنّ السلوك الفعال تمّ اختياره بِحرّية. إلا أنه ليس هنالك رابط مفاهيمي ضروري بين هذه المواقف المترابطة، والحالة المرَضية للإدمان تُعدَ مُشتّتة هنا.

إنّ السمة المميزة للجدل حول الإدمان هي كيف تتواءم تفسيرات الشخص-الأول، والتفسيرات الفلسفية، والنفسية، والعصبية، والاجتماعية، وتتداخل مع بعضها البعض، وفي نفس الوقت تتنافس وتكمّل بعضها البعض. غالباً ما يكون من غير الواضح متى تكون الرؤى المختلفة مطروحة على نفس مستوى التفسير ومتى تُقدِّم أنواعاً مختلفة من التفسير. لذا، عندما يتعلق الأمر بفهم الأهمية الفلسفية للعديد من النظريات المقدَّمة عن الإدمان، فإنّ السؤال المفتوح إلى حدٍ كبير كيف ترتبط الدراسات التجريبية بالقضايا المفاهيمية. (توضّح مجموعة ليفي 2013 هذا بإسهاب. وتمّت مناقشة ذلك بمزيد من التفصيل عند Perring 2011)

يجادل البعض بأنّ أولئك الذين يعانون من الإدمان الخطير للعقاقير يفتقرون إلى التحكّم-بالذات. غالباً ما نرى هذه الرؤية في الخطاب الشعبي، ويتم ذكرها بشكل عام في أشكال أكثر تأهيلاً في الكتابات الأكاديمية. وفي الكتابات التجريبية، يتم الدفاع عنها في كثير من الأحيان في المقاربات العصبية، مثل (2000) Volker & Fowler. وقد كانت محل نزاع كدعوى تجريبية من قِبل العديد، لا سيما (2009) Heyman. تفسّر بعض المقاربات لاعقلانية السلوك الإدماني لكنها لا تتناول مسألة التحكّم-بالذات بحد ذاتها. فعلى سبيل المثال، في سلسلة من الورقات، استعمل Ainslie (حديثاً في عمله 2017) موارد نظرية الاختيار العقلاني جنباً إلى جنب مع ظاهرة الخصم الزائدي [hyperbolic discounting] لتفسير الإدمان على أنه نوع من الغَلط المعرفي الناتج من التعوّد. يثمّن الفاعلون الرضا الآني بالتفضيلات حتى عندما يكون ذلك خياراً مكلفاً. ينتهك هذا نظرية الاختيار العقلاني، ويُعدّ استخداماً غير حكيم للموارد. وهذا النوع من التفسير مختلف تماماً عن القول إنّ الشخص ذا السلوك غير العقلاني يتم التغلّب عليه بواسطة قوة رغباته. رُغم أنّ بعض المؤلفين يكتبون كما

لو أنّ تفسيرهم المقترح للإدمان هو التفسير المرْضي الوحيد، إلا أنه من المرجّح أنّ هناك الكثير من التفسيرات المختلفة، لأنّ الإدمان هو ظاهرة غير متجانسة لها أنواع مختلفة كثيرة من الآليات السببية - مثل الاجتماعية، والنفسية، والعصبية، والوراثية. من المحتمل أنّ هنالك الكثير من الظواهر المختلفة تجمّعت تحت عنوان الإدمان، اجتمعت بواسطة مجموعة من التشابهات العائلية بدلاً من وجود جوهر واحد مشترك.

تماشياً مع فهم تعقيد ظواهر الإدمان وتفسيراتها، من المهم أيضاً الاعتراف بأنّ التحكّم-بالذات والإدمان ليسا مفاهيم من قبيل إما كل شيء-أو-لا شيء. فكما يجادل Sinnott-Armstrong (2013) مؤخراً، إنّ التحكّم-بالذات يأتي بدرجات: يمكن للناس أن يمتلكوا الكثير أو القليل منه، وبطرق مختلفة. سيتفاوت الحد الذي يفقد فيه الشخص سيطرته على أفعاله وفقاً لنوع أسباب سلوكه الإدماني. عندئذ، يجب أن يكون تقييم مسؤولية الشخص عن أفعاله أمراً أكثر تعقيداً، ولا تكون الاستقلالية التامة أو الفقدان التام للاستقلالية حالات ظرفية معتادة.

لقد ركّزتُ على تنوّع المقاربات في تفسير الإدمان بدلاً من توضيح بتعبير لا لبس فيه أي نوع معين من التفسير. ويتعين أن نشير إلى أنّ البعض حاول جلب بعض الوحدة إلى المجال من خلال جمع الأفكار. وقد سعى Holton & Berridge (2012) إلى ذلك، فعلى سبيل المثال، حددا نماذج الاختيار العادية، والنماذج المَرَضية، وتفسيرات العادة، وتفسيرات السرور، وتفسيرات التعلّم. وجادلا بأنه يمكن توحيدها من خلال التمييز بين الحالات النفسية للرغبة والإعجاب، (حيث إنّ الرغبة هي حالة تحفيزية تقود السلوك والإعجاب هو حالة سرور عادة ما تنتج من حصول المرء على ما يريده)، واعتبرا الإدمان عطلاً في نظام الرغبة. ما إذا كان المجال سيتحرّك أكثر نحو الإجماع يبقى قيد النظر. يمكننا أن نأمل أنه مع وجود قاعدة إثباتية أكبر ووضوح مفاهيمي أكثر، فإن هذا سيكون محتملاً، رُغمَ أنه بالنظر إلى باقي مجال الطب النفسي والتوالد المستمر

للنظريات، قد تكون لدينا شكوك معقولة في أنّ الإدمان من المحتمل أن يخالف الاتجاه العام.

حالات فقدان الاستقلالية

لقد طالعنا، حتى الآن، بعض المقاربات لفهم حرية الإرادة والاستقلال الشخصي. وقد ركّزتُ على الصعوبات فيها. لا تُفرِد المقاربات القياسية لحرية الإرادة الاعتلال الذهني كفئة ذات صلة؛ ولا توفر أيضاً نظريات الاستقلالية تفسيراتٍ واضحة ومفيدة عن التحكّم-بالذات، وقد أدى تطبيق نظريات التحكّم-بالذات على الإدمان إلى تزايد في الرؤى مع خلافات حول كل من المفاهيم والتأويلات للأدلة التجريبية. لقد بدأنا هذا الفصل بملاحظة حول العديد من الاعتلالات الذهنية، مفادها أنّ هنالك حدساً قوياً بأنها يجب أن تتضمن فقداناً ملحوظاً للحرية لكي تُعتبر اعتلالات أو اضطرابات من الأساس. لذا فإنّ مسار الحجاج المرسوم حتى الآن يدفعنا نحو الاستنتاج بأنه من الصعب توفير دعامات مفاهيمية قوية للرؤية المتمثلة في أنّ معظم الحالات المصنَّفة كاضطرابات ذهنية هي في الواقع اضطرابات بدلاً من أنماط لخيارات غير حكيمة، أو مشاكل في المعيشة، أو حالات أخرى تُصعّب حياة الناس.

من الصعب التوفيق بين هذه الرؤية التشكيكية وخبرات الأشخاص المصابين باعتلالات ذهنية خطيرة. فالأشخاص المدمنون على الكحول أو المخدرات، على سبيل المثال، غالباً ما يؤكدون أنهم حاولوا عدة مرات إنهاء استخدامهم للعقاقير لكنهم فشلوا في ذلك، على الرغم من بذلهم قصارى جهدهم.

تتضمن الكثير من الاعتلالات الذهنية الأخرى أعراضاً تبدو أنها تنطوي على أفعال لم يكن ليختارها المصاب لولا الإصابة. وإليكم قائمة قصيرة عنها:

❖ في الهوَس، يمتلك الأشخاص حماساً كبيراً تجاه المشاريع التي لن تكون

مفهومة بالعادة بالنسبة لهم، ويمكنهم الانخراط في نشاطات مثل علاقات جنسية غير شرعية أو الإنفاق الباذخ الذي لولا الهوَس كانوا سيعتبرونه غير مثمر.

- في الإكراهات التي هي جزء من اضطراب الوسواس القهري، يشعر الناس بالحاجة إلى تنفيذ أفعال لأجل تخفيف التوتر الداخلي أو لتفادي بعض العواقب الفظيعة التي يعتقدون أنها ستقع إذا لم ينفِّذوا الفعل. قد يُدركون بطريقة ما أنّ الاعتقادات الكامنة وراء الإكراه لا أساس لها، لكنّ هذا لا يقلل بشكل عام من الحاجة إلى الفعل.
- مع اضطرابات الأكل مثل نهم الطعام. يأكل الأشخاص كميات كبيرة من الطعام التي يعلمون أنها تضر بهم، ويختبرون ندماً كبيراً بعد هذا الإفراط. يمكن أن يتبع ذلك عملية تطهير للطعام.
- في بعض الاضطرابات الجنسية، ينخرط الأشخاص في نشاطات جنسية لا يشعرون فيها بالسعادة لكنهم لا ينفكون يرغبون بها بسبب الإثارة الجنسية القوية التي تجلبها لهم.

لكن لاحِظ أنه لا يتم اختبار جميع هذه الأمور على أنها تتعارض مع قيم الفاعل في ذلك الوقت. في الواقع، يؤيد الفاعل أحياناً، على الأقل في ذلك الوقت، أفعاله الخاصة تماماً. لا يتم اختبار الفعل دائماً على أنه أجنبي أو قسري. مما يتركنا مع سؤال هل السلوك مستقل أم لا.

يتّضح مما رأيناه مسبقاً أنه، بالنسبة لهذه الأفعال المربكة، من غير المرجّح أن تقدّم النظريات الفلسفية إجابات لا لبس فيها. نحن بحاجة إلى خفض طموحاتنا والتحقيق فيما إذا كان الجهاز النظري يمكنه على الأقل أنّ يُضفي معنى على الفروقات بين الأنواع المختلفة للفعل.

دعونا ننظر في بعض الحالات بمزيد من التفصيل. إحدى ميزات الاضطرابات الذهنية أنها تستمر لبعض الوقت، وعلى الأقل وفقاً لنهج الـ

DSM، تُسبِّب مشاكل في حياة الشخص، وتتداخل مع العمل والعلاقات، حتى لو كان الشخص المصاب بالاعتلال الذهني لا يقبل بالضرورة أنّ لديه اضطراباً. عند فحص الفعل لرؤية ما إذا كان تمّ تنفيذه باستقلالية، يمكننا التمييز بين ثلاث فئات مختلفة من الأشخاص المصابين باعتلالات ذهنية الذين ينفِّذون أفعالاً تدلّ على اعتلالهم.

1 - التناقض التزامني. حُكم متداخل مفاده أنه لا ينبغي للمرء تنفيذ الفعل، يجري ذلك حتى عندما يكون الشخص منخرطاً في الفعل.

2 - التناقض التعاقبي. حُكم قبل و\أو بعد الفعل الذي سيكون القيام به فكرة سيئة، لكن ليس هنالك تناقض أثناء تنفيذه.

3 - الفعل المخلص. الشخص الذي لا يكون متناقضاً بشأن الفعل أثناء تنفيذه، والذي لم يحكم قبله أو بعده أنه لا يجب عليه القيام به. يمكننا أن نتسالم على أننا نستخدم مصطلح الحُكم من دون تعريف صارم هنا، مع الاعتراف بأنّ هناك أنواعاً مختلفة عديدة من الحكم، ويمكن أن يكون فئة أوسع بكثير من مجرّد اعتقاد واعي تشكّل في القضايا اللغوية.

وفق الرؤية التماسكانية، من الواضح إلى حدٍ ما أنّ التناقض التزامني سيقتضي التخلّي عن الرغبات التي تؤدي إلى الفعل. يختلف هذا عن الفعل غير الحر، لكنه يُعطينا مسلكاً للقول إنّ الرغبات الدالة على الأعراض لا تنتمي إلى الفاعل بالمعنى المهم. في حالة الفعل المخلص، وفق هذه النسخة من الرؤية التماسكانية، تنتمي الرغبات إلى الفاعل قطعاً. بَيد أنه من المحتمل أن يختلف التماسكانيون المتباينون بشأن حالة التناقض التعاقبي. فعلى سبيل المثال، تتعلق رؤية فرانكفورت إلى حدٍ كبير بالتناقض التعاقبي، لذا فإنها لن تعتبر التناقض التعاقبي تهديداً لحرية المرء. ومن ناحية أخرى، تتمثل رؤية براتمان عن القصد في أنه يجب أن يكون مفهوماً في سياق خطط المرء الطويلة المدى. من الواضح أنّ هنالك أسئلة صعبة عن ما هي المدة الزمنية التي يحتاجها المرء للنظر. فالخطط يمكن أن تتغير خلال الفترات الطويلة من دون فقدان الاستقلالية. لكن

إذا كان لدى المرء رغبات شاذة تُعارِض خططه الطويلة المدى، ويعترف أنّ لديه هذه المراحل ويسعى إلى تخليص نفسه من هذه الرغبات الشاذة، فإنّ هذه المقاربة يبدو أنها توفر له مقاربة نظرية تسمح لنا بالقول إنّ رغبات هذه المراحل لا يمكن عزوها بشكل تام إلى الفاعل.

نحصل على نتائج مختلفة عندما نستخدم مقاربة Fischer & Ravizza. رغم أنّ مقاربتهما تُعدّ معقدة، إلا أننا يمكننا التركيز على معيار الاستجابة-للأسباب المتوسطة، الذي يعتبرانه كافياً للمسؤولية الأخلاقية. يكون الشخص مسؤولاً عن أفعاله عندما تكون الآلية التي تؤدي إلى أفعاله تستجيب-للأسباب بشكل متوسط. يوضحان ذلك على النحو التالي. يقدِّم Todd Long (2004: 152) ملخّصاً مفيداً.

MRR: الآلية K ذات الصلة-بالمسؤولية لدى الفاعل تكون مستجيبة-للأسباب بشكل متوسط إذا وفقط إذا كانت:

(1) **K تستجيب بشكل منتظم للأسباب، بعضها تكون أخلاقية**؛ يتطلب هذا (a) التمسّك الثابت بعملية الآلية من النوع-K، وأنّ الفاعل يمكن أن يميز الأسباب بطريقة تؤدي إلى ظهور نمطٍ مفهوم من منظور الشخص الثالث الذي يفهم معتقدات الفاعل وقيمه؛ و(b) أنّ بعض الأسباب المذكورة في (1.a) هي أسباب أخلاقية؛ و

(2) **K تتفاعل على الأقل بشكل ضعيف مع الأسباب**؛ يتطلب هذا أنّ الفاعل يمكن أن يتفاعل على الأقل مع سبب واحد كاف للقيام بخلاف ذلك (في بعض السيناريوهات المحتملة)، على الرغم من أنه لا يترتب على ذلك أنّ الفاعل كان يمكنه أن يستجيب بشكل مختلف إلى الأسباب الفعلية؛ و

(3) **K هي خاصة بالفاعل**؛ ما يعنيه أن تكون خاصة بالفاعل هو "تحمّل المسؤولية" عن K؛ وهذا يتطلب (a) يعتبر الفاعل نفسه مصدراً لسلوكه (الذي يأتي من عملية K)؛ و(b) يعتقد أنه مرشّح ملائم للموقف التفاعلي نتيجة لكيفية استخدامه لقوته الفاعلة في بعض السياقات؛ و(c) يرى نفسه فاعلاً فيما يتعلق بـ (3.a) – (3.b) بناءً على دليله على هذه الاعتقادات.

رُغمَ أنّ هذه المواصفات مفصّلة تماماً، إلا أننا سرعان ما نرى صعوبات التطبيق على حالات القوة الفاعلة المشكلة أعلاه. فهي تميّز بين الفاعل وآلية التفكير عند الفاعل، مما يترك الباب مفتوحاً أمام احتمالية أن يمتلك الفاعل أكثر من آلية تفكير واحدة تعمل عند أوقات مختلفة أو حتى متزامنة، وقد يكون هناك سبب خاص لاستدعاء فكرة الآليات المختلفة عندما يتصرف الشخص بطرق غريبة بسبب الاعتلال الذهني. لكن دعونا نحدد فقط، لكي تكون النظرية قابلة للاستخدام من الأساس، أنّ الشخص يمتلك آلية تفكير واحدة فقط. فبالنسبة للمعيار (1) نحتاج إلى الحكم على ما إذا كان الشخص يستجيب للأسباب بشكل منتظم. خذ بعين الاعتبار شخصاً يعاني من اضطراب الوسواس القهري يغسل يديه بشدة خمسين مرة في اليوم. يمكن للناس في كثير من الأحيان إخفاء هذه الأعراض بشكل جيد، ولن يدرك الآخرون أنّ المصاب يخصص ساعاتٍ كلَّ يوم لغسل يديه. ويمكنه التفكير بشكل جيد تماماً بشأن الأجزاء الأخرى من حياته، ويمكنهم في كثير من الأحيان الاعتراف بعدم عقلانية غسلهم لأيديهم. وفيما يتعلق بالمعيار (2) بالتأكيد يتفاعل الفاعلون مع بعض الأسباب، لكنهم لا يتأثرون بالحكم المعقول الذي مفاده أنّ أيديهم نظيفة بالفعل بما فيه الكفاية وأنّ هناك نشاطات أكثر أهمية يجب الانخراط فيها، مثل قضاء الوقت مع عائلاتهم. قد توجد على الأقل بعض المساحة هنا لتأويل الفاعل على أنه لا يستجيب-للأسباب بشكل كاف لكي يكون مسؤولاً عن أفعاله. أخيراً، بالنظر إلى المعيار (3)، يؤدي هذا إلى مجموعة من الأسئلة عمّا يعنيه بالنسبة للشخص أن يرى نفسه مصدراً لسلوكه ومرشّحاً ملائماً للمواقف التفاعلية مثل اللوم. لكن مرة أخرى، من المحتمل أنّ هنالك مجالاً للمجادلة بأنّ خبرته هي أنّ الاعتلال الذهني هو سَبَبُ تصرّفه، ولا يرى نفسه مرشّحاً للوم بسبب سلوكه الدال على الأعراض. رُغمَ أنّ التفاصيل هنا بحاجة إلى مزيد من العمل، إلا أننا يمكننا رؤية كيف أنّ رؤية الاستجابة-للأسباب هذه يمكن تكييفها لتوفّر أساسًا عقلانياً لاعتبار السلوك الدال على الأعراض خارجاً عن مسؤولية الفاعل.

احتمالية حسم الجدال

لقد فحصنا عدداً من المقاربات عن الحرية والاستقلال الشخصي وتطبيقها على أفعال الأشخاص المصابين باضطرابات ذهنية. ورأينا أنّ النظريات العامة عن الحرية من جهة ارتباطها بالحتمية لا تساعد على التمييز بين الأشخاص الأحرار ومَنْ هم ليسوا كذلك، غيرَ أنّ النظريات المختلفة عن الاستقلال الشخصي هي من تصنع مثل هذا التمييز. لذا فإنّ هذه النظريات أكثر فائدة بالنسبة لنا، وينبغي أن تكون ذلك النوع من المقاربات الذي نبحث عنه.

على أية حال، لقد واجهنا أيضاً صعوبة في تحديد أيٍ من بينها هي النظرية الصحيحة. ولا يجب أن يكون هذا مستغرباً: فالفلسفة ليست صعبة فحسب، بل من الناحية الاجتماعية والتاريخية، نحن نعلم أنّ الفلاسفة يميلون إلى حيازة خلافات طويلة الأمد. ومن الناحية الإبستمولوجية، ليس هنالك يقين يمكن الاعتماد عليه فيما يتعلق بأي الإجابات هي الصحيحة. ومع ذلك، لا يزال بإمكاننا إثارة مسألة هل هناك جواب صحيح، حتى من حيث المبدأ - يمكننا التفكير في هذا على أنه سؤال ميتافيزيقي. بالتأكيد يعمل أبطال القصة في المناقشات على مثل هذا الافتراض، ويسعون إلى تقديم مسوغات لأجوبتهم. هنالك مجال للشكوكية بالرغم من ذلك. وهنا لا يسعنا إلا أن ننظر بإيجاز إلى بعض الاعتبارات التي تتضمّن عدداً من الدعاوى غير الحقيقية.

أحد المناهج، أو ربما مجموعة من المناهج، للعثور على النظرية الصحيحة للاستقلال الشخصي هي من خلال التحليل المفاهيمي. مِمَّ يتألف هذا المنهج بالضبط هو نفسه مطروح للجدال، لكنّ الفكرة الأساسية هي أننا نأخذ مفاهيمنا العادية عن الحرية والاستقلالية ونحللها بعناية إلى نظرية واضحة بحيث عندما ننظر في الحالات الصعبة مثل أفعال الأشخاص المصابين باعتلالات ذهنية، سنجد إجابات واضحة لـ متى يكون الأشخاص مستقلين ذاتياً. ومع ذلك، بالنظر إلى كثرة النظريات المختلفة التي رأيناها، هنالك سبب للتشكيك

في أنّ هناك مفهوماً موجوداً مسبقاً عن الاستقلالية يكون مفصّلاً بما فيه الكفاية لتقديم إجابات للحالات الصعبة. إضافة إلى ذلك، تُظهِر تجربة مناقشة الحالات مع مجموعة متنوعة من الأشخاص أنّ هنالك تبايناً كبيراً في الحدوس الأولية حول الحالات. وهذا يلقي مزيداً من الشك على ما إذا كان هناك مفهوم مشترك عن الاستقلالية يمكن أن يقدّم إجابات.

بدلاً من ذلك، قد نسعى إلى تقييد كثرة النظريات عن الاستقلالية من خلال فرض عليها أن تكون متسقة مع أفضل النظريات العلمية التي لدينا. في الواقع، قد نأمل من العلوم النفسية والطبية النفسية أن تُعطي مؤشراً عن أي النظريات حول الاستقلال الشخصي هي الأنسب. هنالك قدر كبير من العمل على القوة الفاعلة والتحكّم-بالذات في علم النفس، وعلوم الأعصاب، والطب النفسي. تعتمد بعض الأعمال الفلسفية بشكل صريح على هذا العمل الأكثر تجريبية. على أية حال، كما وضحنا سابقاً، هنالك قدر كبير من التفاوت في الرؤى داخل النظريات العلمية حول القوة الفاعلة والتحكّم-بالذات. قد يكون الحال أنّ العلم هنا يعمل من أجل فكرة موحّدة واحدة عن الاستقلالية، لكن أن نفترض أنه يجب أن يقوم بذلك يعني أننا نصادر على المطلوب.

تشير مثل هذه الاعتبارات إلى احتمالية استمرار وجود العديد من النظريات أو المفاهيم القابلة للتطبيق عن الاستقلالية حتى مع تراكم الأدلة التجريبية وتقدّم النقاشات الفلسفية، والى أنهم قد يختلفون في الطرق الرئيسية حول متى يكون المصابون باعتلالات ذهنية مستقلين ذاتياً. إذا كان هذا صحيحاً، فلا يمكننا أن نتطلّع إلى النقاشات الفلسفية حول الاستقلالية لإملاء الإجابات الصحيحة في المناقشات الواقعية حول كيفية فهم الاعتلال الذهني. يُعدّ هذا مهماً بشكل خاص في المجال الأخلاقي، حيث كنا نأمل أن يحسم النقاش حول الاستقلالية الأسئلة المتعلقة بـ متى يكون الأشخاص المصابون باعتلالات ذهنية مسؤولين أخلاقياً عن أفعالهم.

وعليه يجب أن تكون لدينا توقعات متواضعة حول ما يمكن أن تُنجزه

النظريات حول الاستقلالية في هذا المجال. كما رأينا، يمكن أن تقدِّم تبصّراً بشأن نوع الاستقلالية التي يمتلكها الأشخاص المختلفون، وستُظهِر ارتباطات وتباينات بين الظواهر المختلفة للقوة الفاعلة. أخيراً، قد نقرر تفضيل النظرية ليس لأننا لدينا أدلة قاطعة على أنها صحيحة، بل بالأحرى لأسباب أخرى. فعلى سبيل المثال، قد نكون ملتزمين بمقاربة إنسانية تجاه الأشخاص المصابين باعتلالات ذهنية تُعطي الأولوية إلى كرامتهم وترفض المواقف التحكمية أو المجرِّدة من الإنسانية، وقد نختار مقاربة عن الاستقلال الشخصي تتوافق مع هذه المقاربة. وهكذا، رُغمَ أن العديد جادلوا بأنّ العلوم الطبية قد كشفت أنه من غير مناسب لَوم المدمنين على سلوكهم الذي يسبب العديد من المشاكل الحياتية لأنفسهم وللمقربين منهم، فإنّ الرؤية التي وصلنا إليها هنا يمكن أن تؤيد استنتاجاً مماثلاً لأسباب مختلفة. وبعيداً عن أنّ العلوم الطبية تجبرنا على كشوفات حول الاستقلالية والمسؤولية تجعل اللوم غير مناسب، يبدو أنه من الممكن قَبول العلوم الطبية لكن مع التمسّك بمجموعة واسعة من الرؤى حول الاستقلالية والمسؤولية. إذا اعتقدنا أنه من المفضّل أخلاقياً تجنّب مواقف اللوم، الانتقام، القصاص تجاه الأشخاص الذين يعانون من الإدمان، فقد يدفعنا هذا إلى اختيار نماذج عن الاستقلالية تتلاءم بشكل أفضل مع هذه المقاربة الأخلاقية غير التحكمية السخية. وبالتالي فإنّ الخيار الأخلاقي سيقود رؤيتنا الميتافيزيقية حول الاستقلالية والإدمان، بدلاً من أن تُمليها الميتافيزيقيا.

References

Ainslie, G. (2017), Palpating the Elephant: Current Theories of Addiction in Light of Hyperbolic Delay Discounting, pp. 227-244. In Addiction and Choice: Rethinking the Relationship. N. Heathe and G. Segal, eds. New York: Oxford University Press.

Bratman, M. (2007), Structures of Agency: Essays, New York: Oxford University Press.

Buss, S. (2018), Personal Autonomy. In The Stanford Encyclopedia of Philosophy, Winter 2016 edition. E. N. Zalta, ed. URL=https://plato.stanford.edu/archives/win2016/ entries/personal-autonomy.

Fischer, J. and Ravizza, M. (1998), Responsibility and Control: A Theory of Moral Responsibility, Cambridge: Cambridge University Press.

Frankfurt, H. G. (1971), Freedom of the Will and the Concept of a Person, The Journal of Philosophy, 68:5-20.

Heyman, G. (2009), Addiction: A Disorder of Choice, Cambridge, MA: Harvard University Press.

Holton, R. and Berridge, K. (2013), Addiction between Compulsion and Choice. In Addiction and Self-Control: Perspectives from Philosophy, Psychology, and Neuroscience. N. Levy, ed. New York: Oxford University Press.

Jaworska, A. (2007), Caring and Internality, Philosophy and Phenomenological Research, 74:529-568.

Long, T. R. (2004), Moderate Reasons-Responsiveness, Moral Responsibility, and Manipulation, pp. 151-172. In Freedom and Determinism. J. Keim-Campbell, M. O'Rourke, and D. Shier, eds. Cambridge, MA: MIT Press.

Perring, C. D. (2011), Bridging the Gap between Philosophers of Mind and Brain Researchers: The Example of Addiction, Mens Sana Monograph, 9:193-201.Shoemaker, D. (2003), Caring, Identification, and Agency, Ethics, 114:88-118.

Sinnott-Armstrong, W. (2013), Are Addicts Responsible? In Addiction and Self-Control: Perspectives from Philosophy, Psychology, and Neuroscience. N. Levy, ed. New York: Oxford University Press.

Volkow, N. D. and Fowler, J. S. (2000), Addiction: A Disease of Compulsion and Drive: Involvement of the Orbitofrontal Cortex, Cerebral Cortex, 10:318-325.

Watson, G. (1975), Free Agency, Journal of Philosophy, 72:205-220.

الفصل الثاني والعشرون

المشاكل الميتافيزيقية في التصنيف الطبي النفسي وعلم تصنيف الأمراض

بيتر زاكار

المقدّمة

الميتافيزيقيا هي واحدة من المواضيع الأكثر تفكّراً وإثارة للجدل في الفلسفة. فتقليدياً، تم فهمها على أنها دراسة طبيعة الواقع وما هو موجود. فعلى سبيل المثال، كان سؤال هل الكون مادي تماماً أو هل الكون هو بشكل عام فضاء فارغ يحتوي على جسيمات مادية محل نزاع ميتافيزيقي مهم حتى أوائل القرن العشرين. فوفقاً لإحدى الميتافيزيقيات العلمية الحالية، إنّ معظم الفضاء يقترب من الفراغ (أي خالي من المادة) والمادة تتألف في النهاية من أجسام ممتدة أحادية البُعد تسمى أوتار.

مثال آخر من الادعاءات الميتافيزيقية: **كل ما هو حقيقي هو معقول، وكل ما هو معقول هو حقيقي.** في منتصف القرن العشرين، اعتقدت مجموعة من المفكرين تسمى الوضعية المنطقية أنّ هذه الادعاءات لم تلعب دوراً مفيداً في فهم العالم – معلنة أنّ جميع الادعاءات الميتافيزيقية عديمة المعنى (Carnap 1936; 1937; 1967). وقصدوا من خلال ذلك أنه لا توجد حالات ظرفية قابلة للرصد في العالم من شأنها أن تجعل هذه الادعاءات صادقة. من وجهة نظرهم، إنّ أي ادعاء ذي معنى عن الواقع إما أن يكون حقيقة منطقية (مثلاً، أ=أ) أو أن يكون حقيقة يمكن التحقق منها عن طريق الملاحظة، وبالتالي علمية.

لم يتفق فيلسوف العالم كارل بوبر (1963) مع الوضعية المنطقية. فوفقاً له، إنّ الميتافيزيقيا ليست علماً، لكنها ليست عديمة المعنى. فعلى سبيل المثال، دعوى أنّ **كل الأحداث لها سبب** تُعتبر ميتافيزيقية، لكنها أيضاً لها معنى. والكثير من البرامج البحثية العلمية تعتمد على مثل هذه الادعاءات الميتافيزيقية.

لقد تمّ أيضاً تقويض رفض الوضعيين المنطقيين للميتافيزيقيا بعد أن تبيّن أنّ وجهات نظرهم حول طبيعة الملاحظة في العلم غير دقيقة (Suppe 1977). فعلى سبيل المثال، لقد تعلّم الفلكيون أنّ النجوم تتألف في الغالب من الهيدروجين والهيليوم، لكنّها تحتوي أيضاً على كميات صغيرة من عناصر أثقل، مثل الكاربون، والأوكسجين. يعتمد الرصد العلمي لتركيب النجوم، باستخدام تقنية تسمى التحليل الطيفي، على نظريات معقدة حول الالكترونات، وأغلفة الالكترونات، وامتصاص وانبعاث الفوتونات. لقد لفتت هذه المقاربات التكنولوجية للرصد الانتباه إلى أهمية النظريات في صنع الملاحظات، بما في ذلك النظريات الميتافيزيقية.

وسّعَ زميل بوبر، أيمري لاكاتوس (1970) إعادة تأهيل الميتافيزيقيا من خلال اقتراح أنّ النماذج العلمية (أو البرامج البحثية) دائماً ما تكون موجّهة بواسطة افتراضات ميتافيزيقية. وقال لاكاتوس إنّ جميع البرامج البحثية لها "جوهر صلب"، ويقصد بذلك مجموعة من الافتراضات التي تكون ميتافيزيقية لأنه لا يمكن التشكيك فيها من دون التخلّي عن البرنامج البحثي نفسه. كذلك يمتلك البرنامج البحثي افتراضات ميتافيزيقية مساعدة يمكن اختبارها وتعديلها، يسميها لاكاتوس الموجِّهات الإيجابية. فعلى سبيل المثال، في القرن السابع عشر، تم اختبار ودحض النظرية الميتافيزيقية القائلة إنّ الفضاء ممتلئ بالمادة والفراغات مستحيلة من قِبل روبرت بويل (Shapin & Schaffer 1985).

يعتقد العديد من الفلاسفة أنّ الالتزامات الميتافيزيقية الضمنية هي موجِّهات [heuristics] لا يمكن تفاديها وتلعب دوراً إرشادياً في العلوم. لذلك، فإنّ إحدى مهام الفلسفة هي تحديد الافتراضات الميتافيزيقية الضمنية في البرامج البحثية

العلمية. والمهمة الثانية، إن أمكن، هي تحسين النظريات الميتافزيقية - عادة من خلال جعلها أكثر توافقاً مع بعضها البعض ومع الأدلة.

يدرس هذا الفصل القضايا الميتافيزيقية المهمة في فلسفة الطب النفسي فيما يتعلق بالتصنيف وعلم تصنيف الأمراض. هنالك الكثير من المشاكل الميتافيزيقية المختلفة المتأصلة في التصنيف الطبي النفسي وعلم تصنيف الأمراض لكي يتم تقصيها هنا، لذا اخترت ثلاث موضوعات لأستكشفها بمزيد من التفصيل. وهذه الموضوعات هي الأنطولوجيا، والسببية، وطبيعة الكيانات السريرية. تم اختيار هذه الموضوعات لأنها ترتبط بشكل مباشر بالنقاشات الجارية حول التصنيف في الطب النفسي وعلم النفس السريري.

الأنطولوجيا

إنّ السؤال الأساسي للميتافيزيقيا- ماذا يوجد هناك -يُسمى أنطولوجيا. والسؤال الميتافيزيقي الأساسي في الطب النفسي وعلم النفس المرَضي هو هل الاضطرابات الذهنية موجودة. في الكثير من التاريخ المسجّل، كان لدى الناس هاجس مفاده أنّ أولئك المصابين باعتلالات ذهنية ليسوا معتلين في الحقيقة. قد يعتبرونهم مجرمين، أو كسالى، أو ضعيفي الإرادة بدلاً من معتلين. على أية حال، لطالما اعتُبر أولئك الذين دافعوا على وجهة نظر أخلاقية بدلاً من وجهة نظر طبية أنهم غير مطّلعين أو يفتقرون إلى الشفقة.

إنّ التحدي الأكثر خطورة لواقع الاعتلال الذهني تم تقديمه من قِبل الطبيب النفسي توماس ساس Thomas Szasz (1961). لم يكن ساس مفتقراً إلى الشفقة، بل اعتقدَ أنّ مفهوم الاعتلال الذهني هو استعارة استُخدمت لوصف بعض المشاكل المعيشية. حيث أقرَّ بأنها مشاكل حقيقية، لكنها ليست اعتلالات طبية حقيقية.

وفقاً لساس، إنّ الاعتلال الذهني الصحيح هو مرض يتم تحديده بواسطة

آفة جسدية أو تبدّل في بعض المعايير البيولوجية. ولم يتم الكشف عن مثل هذه الآفات بالنسبة للاعتلالات الذهنية، وحتى لو تم اكتشافها في أي وقت، يعتقد ساس أنّ هذه الاضطرابات ستصنَّف على أنها أمراض دماغية وتتم معالجتها من قِبل أطباء الأعصاب. إنّ أي مشكلة "ذهنية"، كالتفكير في قتل النفس وسط اضطراب اكتئابي، تنتهك المعايير الثقافية والاجتماعية، لا المعايير البيولوجية. إنّ الاعتلال الذهني، كما يدّعي ساس، هو خرافة.

أثارَ تأكيد ساس ضجة كبيرة – لأسباب عديدة، ليس أقلها الإيحاء الذي مفاده أنّ الأطباء النفسيين هم وكلاء السيطرة الاجتماعية. فعلى سبيل المثال، خلال معظم القرن العشرين، انظمت روسيا وجميع الدول المحيطة بها في هيئة حكومية تسمى الاتحاد السوفيتي. لم يسمح الاتحاد السوفيتي بحرية الصحافة أو بحماية حرية التعبير، ولم يُسمح للمواطنين بالاختلاف علناً مع الحكومة. وتم تشخيص بعض المعارضين السياسيين الذين انتقدوا الحكومة علناً على أنهم يعانون من "الفصام الخامل" وتم حبسهم في المصحات. وفقاً للأطباء النفسيين السوفييت، فقط الشخص المعتل ذهنياً يمكنه معارضة السياسات السوفيتية (van Voren 2010).

حدث شيء مماثل لذلك في الولايات المتحدة. قبل حظر الرِق في عام 1865، جادل طبيب جنوبي يُدعى صموئيل كارترايت ([1851] 2004) بأنّ العبيد السود الذين يقومون بمحاولات متكررة للهروب إلى الولايات الحرة قاموا بذلك لأنهم يعانون من اضطراب ذهني يسمى الدرابتومانيا [drapetomania]. حيث ادّعى أنّ الدرابتومانيا يجعل العبيد السود غير قادرين على قبول حالتهم الطبيعية للعبودية. اعتقد كارترايت أيضاً أنّ هذا المرض يمكن علاجه. مع الإشراف الصحيح من قِبل أسيادهم البيض، لن يطوّر العبيد السود أبداً الرغبة المرَضية للهروب.

في هذه الحالات، كان الفصام الخامل والدرابتومانيا من أدوات السيطرة المجتمعية التي فرضت قيم الثقافة المحلية. وفقاً للرؤية الساسية، إنّ جميع التشخيصات الطبية النفسية هي أدوات للسيطرة المجتمعية.

يثير هذا بعض الأسئلة المهمة. هل يُعدّ الشيء اعتلالاً ذهنياً فقط لأنّ الأطباء النفسيين قرروا علاجه بناءً على قيمهم ومعاييرهم المجتمعية؟ إذا كان الأمر كذلك، فلا يمكننا المجادلة بأنّ المعارضين السوفيتيين والعبيد الهاربين لم يكونوا في الحقيقة مضطربين لأنّ الاضطرابات يتم تعريفها من خلال معايير محلية. ولا يمكن للمرء أن يُدين جماعة الأطباء النفسيين الذين أعلنوا أنّ النساء اللواتي طالبن بحقهن في التصويت أو أن يُصبحن عالمات كُنَّ يعانين من اضطراب ذهني إذا كان يُنظر إلى النساء على أنهن غير مناسبات طبيعياً للتصويت والتعليم العالي في ثقافة هؤلاء الأطباء النفسين.

باستخدام مثل هذا التعريف النسبي، فإنه من الممكن تقريباً تسمية أي انتهاك للمعايير الاجتماعية اضطراباً ذهنياً. من هنا وُلِدت المشكلة الفلسفية المهمة حول تحديد طبيعة الاضطراب الذهني بطريقة موضوعية غير نسبية.

المنظور الطبيعاني

ينازع المنظور الطبيعاني في دعوى أنّ الاعتلال الذهني مؤلَّف من انتهاكات للقيم والمعايير الاجتماعية (أي المعيارياتية). إذ يتفق الطبيعانيون على أنّ الشخص المصاب باضطراب ذهني ينتهك المعايير الاجتماعية، لكن ليس هذا ما يجعله معتلاً. ما يجعلهم معتلين هو وجود عملية مَرَضية موضوعية.

في الكتاب المعنون The Reality of Mental Illness أشار كل من مارتن روث وجيروم كرول (1986) إلى أنّ الأمراض مثل الصرَع، السكَّري، الزهري كان يتم تمييزها على أنها أمراض قبل وقت طويل من اكتشاف أي آفات بيولوجية. نفس الشيء يمكن قوله على معظم أمراض المناعة الذاتية وحالات الخرف. لم يكن الأطباء الاستشاريون بحاجة إلى رؤية الآفات البيولوجية لفهم أنّ هذه كانت أمراضاً، ولا الأطباء النفسيون بحاجة إلى رؤية الآفات لفهم أنّ الاكتئاب والفصام هما اضطرابات ذهنية.

وفقاً لروث وكرول، تستند الدعوى الساسية القائلة إنّ الأمراض الحقيقية تتكون من أورام، أو آفات، أو التهابات إلى مفهوم ضيق وخاطئ عن المرض. في الواقع، تُعدّ بعض "الأمراض" القابلة للعلاج مثل ارتفاع ضغط الدم وارتفاع مستويات الكوليسترول مجرّد مستويات مرتفعة من القياسات الفسيولوجية الطبيعية التي تمثّل خطراً على الصحة، لا كيانات مرَضية.

يجادل أيضاً كل من روث وكرول بأنّ الأمثلة المثيرة عن كون الأطباء النفسيون وكلاء للسيطرة الاجتماعية، كالأطباء النفسيين السوفيتيين، لم تُعتبر مشروعة أبداً من قِبل مهنة الطب النفسي وقد تمّت إدانتها على نطاق واسع على أنها إساءة استخدام للطب النفسي. في الواقع، هنالك اتصال ممتد عبر الزمن وعبر الثقافات حول الذهان والاكتئاب والقلق المنهِك. بدلاً من اعتبارها أهدافاً للسيطرة الاجتماعية، أصبحت هذه المشاكل المعيشية تُعتبر طبية لأنّ الشخص الذي يعاني منها وأفراد عائلته لم يعد بإمكانهم معالجتها بمفردهم وطلبوا المساعدة.

اقترح روث وكرول بدلاً من الآفات والأورام، أنّ ما يوحّد المجموعة المتنوعة من الحالات التي تسمّى أمراضاً هو أنها جميعها تتداخل مع الأداء وبالتالي تضع الناس في وضع معيوب بيولوجياً.

فكرة أنّ الأمراض هي حالات تضع الناس في وضع معيوب بيولوجياً تمّت صياغتها في الأصل من قِبل John Guyett Scadding (1967) وتمّ توسيعها بواسطة Robert Kendell (1975). بعد موافقة الأطباء على أنّ التباينات الطبيعية مثل ارتفاع ضغط الدم يمكن أن تكون أمراضاً، تمّت الاستعاضة عن نموذج الآفة الجسدية بالنموذج الإحصائي الذي تكون فيه الأمراض موحّدة بكونها انحرافاتٍ عمّا هو طبيعي.

المشكلة هي أنّ الكثير من الانحرافات عمّا هو طبيعي، مثل المستويات العالية من الذكاء، ليست أمراضاً. تقول رؤية العيب البيولوجي إنّ فقط تلك

الانحرافات عن الطبيعي التي تؤدي إلى انخفاض الخصوبة وارتفاع مستويات الوفيات (أي العيوب البيولوجية) تُعدّ أمراضاً. فعلى سبيل المثال، انسجاماً مع نموذج العيب البيولوجي للمرض، أولئك المصابين بالفصام هم أقل احتمالاً من معظم الأشخاص لإنجاب أطفال؛ كما أنهم يتوفون في سن أصغر من المعتاد (Kendell 1975).

في فلسفة الطب، يُعدّ Christopher Boorse (1975, 1977) المدافع الرئيس عن المقاربة الطبيعانية للمرض. تستند رؤية بورز إلى مفهوم الوظيفة الطبيعية. فوفقا له، إنّ الوظائف البيولوجية الطبيعية هي تلك الوظائف التي تساهم في البقاء أو التكاثر. والوظائف النفسية الطبيعية تفعل الشيء نفسه. يشير المرض إلى أي حالة داخلية تتعارض مع الوظيفة الطبيعية.

وفق رؤية بورز، إنّ المعايير التي تنتهكها الاضطرابات الذهنية ليست معايير اجتماعية وثقافية كما ادّعى ساس، بل معايير إحصائية. فما هو طبيعي هو المساهمة النموذجية الإحصائية التي تقدّمها الوظيفة الطبيعية للبقاء أو التكاثر. وفقاً لبورز، إذا كان القلب قد تمّ تصميمه في التطور لضخ الدم، فإنّ القلب النموذجي سيضخ الدم. وإذا كان نظام الذاكرة قد تمّ تصميمه في التطور ليخزن ويستدعي الوقائع المهمة في حيوات الناس، فإنّ أنظمة الذاكرة النموذجية ستخزن المعلومات وتسمح باستدعائها. لذلك، فإنّ ما هو طبيعي هو نموذجي أيضاً أو طبيعي إحصائياً.

ينص بورز على أنه بالرغم من أننا نميل إلى التفكير في الأمراض على أنها أمور سيئة وغير مرغوب بها، إلا أنّ الكون مُقيّماً سلبياً ليس هو ما يجعل أي شيء مرضاً. فما يُعتبر وظيفة طبيعية إحصائياً هو أمر واقعي بحت. ما إذا كانت بعض الحالات الداخلية تتعارض مع مساهمة تلك الوظيفة في البقاء أو التكاثر هو أيضاً أمر واقعي. بالنسبة لبورز، ما إذا كان الشيء مرضاً حقيقياً هو مسألة حقيقة موضوعية، وليس حُكماً قيمياً.

النموذج الهجين حقيقة + قيمة

قدّم Jerome Wakefield (1992a, 1992b)، وهو فيلسوف ومهني متدرب في الصحة العقلية، نموذجاً هجيناً عن الاضطراب الذهني يتعين بموجبه على الاضطرابات أن تمتلك مكوّناً موضوعياً قائماً-على الحقائق، لكنها يجب أيضاً أن تنتهك المعايير الاجتماعية والثقافية.

يتفق ويكفيلد مع بورز على أنّ الوظائف الطبيعية والاختلالات الوظيفية هي أمور حقيقية، ولا تستند إلى أحكام قيمية. فوفقاً لـ ويكفيلد تمّ اختيار الوظائف الطبيعية أثناء التطور لأنها زادت من فرص أسلافنا في البقاء. فمساهمتها في البقاء تفسِّر سبب وجودها. والاختلالات الوظيفية، حسب قوله، هي إخفاقات في الوظائف المنتخبة طبيعياً.

على أية حال، تُعدّ فكرة ويكفيلد عن الوظيفة الطبيعية أكثر تاريخية من فكرة بورز. فعلى سبيل المثال، وفقاً لويكفيلد، محبتنا لكل من السكّر والدهون زادت من فرص بقاء أسلافنا في البيئات التي كان فيها الوصول الموثوق إلى الغذاء العالي الجودة نادراً وبالتالي تمثّل هذه التفضيلات الذوقية وظائف طبيعية. ومع ذلك، في البيئة التي يسهل فيها الوصول إلى الغذاء، بما في ذلك الطعام المصنّع مثل الخبز، والمعكرونة والشكولاتة، فإنّ تفضيلاتنا الذوقية الطبيعية تُزيد من فرصنا في زيادة الوزن وتطوير أمراض القلب والسكري. تُعدّ محبة السكّر والدهون [حالة] سيئة التكيّف في بيئتنا الحالية لكنها ليست خللاً وظيفياً لأنها تتوافق مع تصميمنا البيولوجي.

لا يقتصر الأمر على إمكانية أن تكون الوظائف الطبيعية ضعيفة التكيّف فقط، بل يمكن أن تكون الاختلالات الوظيفية متكيّفة [متوائمة]. فعلى سبيل المثال، تمّ تصميمنا بحيث تكون لدينا يدان، مع خمسة أصابع لكل يد. لكنّ الولادة بسبعة أصابع ستمثّل خللاً وظيفياً. على أية حال، إذا كان الشخص ذو أربعة عشر إصبعاً عازف بيانو، فمن المحتمل أن يعزف قطعاً معقدة يعجز أي

موسيقي ذي عشرة أصابع عن تكرارها. امتلاك أربعة عشر إصبعاً يمكن أن يكون خللاً وظيفياً مع ميزة متكيفة.

وفقاً لويكفيلد، يُعدّ وجود الخلل الوظيفي ضرورياً لكي يُعتبر الشيء اضطراباً، لكنه ليس كافياً. والاختلالات الوظيفية يجب أن تكون ضارة لحامليها بطريقة ما، ضارةً بمعنى تُضعِف الأداء الشخصي، أو الاجتماعي، أو المهني؛ بمعنى يجب أن يكون هناك انتهاك للقيم والمعايير الاجتماعية والثقافية. ولأنّ عازف البيانو أعلاه لن يتضرر من امتلاك أربعة عشر إصبعاً لن نعتبره يعاني من اضطرابٍ ما.

في نموذج ويكفيلد، يجب أن يكون اضطراب الاكتئاب الرئيسي اختلالاً وظيفياً في الشخص، لكنه يجب أن يكون أيضاً مُضرّاً بحامله. كما ذكرنا، إنّ أنواع الأضرار التي تهم الطب النفسي هي التعكّرات في الأداء الشخصي (مثل الاشمئزاز من الذات)، والأداء المهني (مثل فقدان العمل)، والأداء الاجتماعي (مثل عدم الاهتمام بأطفاله).

إنّ الهدف المهم لنموذج الاختلال الوظيفي الضار لويكفيلد هو لفت الانتباه إلى الحالات الطبيعية التي يُساء تشخيصها على أنها اضطرابات ذهنية. فعلى سبيل المثال، حتى لو أُسيءَ تقييم الاختلاف مع الحكومة أو السعي إلى الهروب من العبودية من قِبل مجتمع معين، فلا أحد منهما يُعدّ إخفاقاً في الوظيفة المنتخبة طبيعياً وبالتالي لا يُعدّ اضطراباً ذهنياً.

نقطة أخيرة تستحق الذكر. يُشير مفهوم المرض إلى العديد من الأشياء المختلفة، بما في ذلك الأمراض المعدية، الأمراض الوراثية، أمراض القلب والرئة المكتسبة. لا تشكّل الأمراض أيضاً إلا جزءاً من الحالات الطبية القابلة للعلاج، التي تتضمن أيضاً الإصابات، الآلام، التشوهات، الإعاقات، والتهديدات الصحية. غالباً ما يتم تجميع هذه سوية على أنها "اضطرابات". بدلاً من الحديث عن الاعتلال الذهني، يتحدث الأطباء النفسيون وعلماء النفس

عادة عن "الاضطراب الذهني"، أو "الاضطراب الطبي النفسي"، أو "الأمراض النفسية".

السببية

ذكرت في بداية هذا الفصل أنّ السببية تُعتبر مفهوماً ميتافيزيقياً. قد يفاجئ هذا بعض الناس -ما الذي يمكن أن يكون أكثر وضوحاً من حقيقة السببية؟ على أية حال، عند التفكّر، فإنّ السبب الذي يجعل السببية موضوعاً ميتافيزيقياً يمكن فهمه بسهولة.

ضع في اعتبارك ما قد يحدث إذا حملت كأساً عالياً ومن ثم تركتها. ستسقط على الأرض. لكن لماذا ستسقط؟ سيُجيب معظم الناس بأنّ الجاذبية تسببت في سقوط الكأس. ومع ذلك، يتساءل الفيلسوف - هل سبق لك وأن رأيت الجاذبية؟ إذا كان كذلك، ما هو لونها؟ هل للجاذبية شكل؟ هل يمكنها أن تتحرك؟ الإجابة الواضحة لهذه الأسئلة هي أنّ الجاذبية ليس لها لون، أو شكل، أو حالة حركة. نحن لا "نرى" الجاذبية. ولا نرى السبب.

في الكتابة عن السببية، حللَ ديفيد هيوم ([1739] 2000) ما نراه. فبالنسبة لنا نحن نرى الكأس محمولة عالياً ونراها على الأرض. أي نحن نرى **قبل وبعد**. كذلك ترك الكأس وسقوطها يحدث في نفس الموقع وفي نفس الزمان. لذا نحن نرى **اتصالاً مكانياً وزمانياً** بين السبب والنتيجة. بالإضافة إلى ذلك، في كل مرة أحمل الكأس عالياً وأتركها، تسقط على الأرض. أي أننا نرى انتظاماً. في مناقشته للانتظام، يقول هيوم إنّ ترك الكأس وسقوطها على الأرض **مقترنان باستمرار**. على أية حال، لا يشكّل قبل وبعد، والاتصال المكاني والزماني، والاقتران المستمر السبب الميتافيزيقي الذي يجعل الشي يحدث.

أضاف هيوم بشكل مشهور ما مفاده أنّ فكرتنا عن السببية تتضمن أيضاً

فكرة أنّ الكأس لم تسقط على الأرض عن طريق الصدفة - لم يكن حدثاً عشوائياً. في الواقع، إذا كان الشخص حاملاً الكأس عالياً وانزلقت من يده، فسيعرف على الفور أنها ستسقط على الأرض قبل أن يراها تسقط، وسيكون متفاجئاً إذا ترك الكأس وظلت عائمةً. الكلمة الأخرى لغير العشوائية، أو الشيء الذي لم يحدث بالصدفة، هي "ضرورية".

وفقاً لهيوم، لا يمكننا ملاحظة الضرورة أو جزء "الحدوث" للسبب. فبناءً على التجارب المتكررة من نفس النمط، يمكننا أن نستنتج تلقائياً العلاقة بين السبب والنتيجة التي نختبرها كشعور بـ (أو انطباع عن) الضرورة السببية. يقصد هيوم بالشعور أو الانطباع الإحساس الذاتي بالارتباط - المعرفة الفورية بأنّ الكأس ستسقط مما يُشير إلى السابق. من الأمثلة على كيفية ارتباط الأسباب والنتائج معاً تلقائياً في أذهاننا هو ميلنا إلى استخدام "ترك الكأس" و"ترك الكأس تسقط" بشكل مترادف، لكن في الواقع تركها هو القَبل وسقوطها هو البَعد.

بالنسبة لهيوم، إنّ مفهومنا الميتافيزيقي عن الأسباب عند حدوث الأشياء يتم بناؤه من شيء من العالم ومن العقل. فمن العالم لدينا ملاحظة الانتظام، ومن العقل لدينا الانطباع عن الضرورة المرتبط بالاستنتاج التلقائي المعتاد.

القوانين في مقابل الأسباب

لقد قصد هيوم من عمله على السببية أن يكون متسقاً مع فكرة إسحاق نيوتن عن الجاذبية. فبالنسبة لنيوتن، كان قانون الجاذبية بياناً عن الانتظام الذي يحصل بين جسمين ماديين: يمتلكان انجذاباً متبادلاً يتناسب طردياً مع كتلتيّ الجسمين وعكسياً مع المسافة بينهما. لم يسعَ نيوتن إلى تفسير سبب وجود الجاذبية أو كيفية عملها. فبالنسبة له كانت مجرّد انتظام. بعدَ نيوتن وهيوم، سعى العديد من العلماء إلى اكتشاف هذا الانتظام - من خلال انتظامات هي الأهم تسمى قوانين الطبيعة. تتضمن الأمثلة عن القوانين المفترضة في علوم علم النفس **قانون الأثر** وقانون يركيس-دودسون.

السمة المميزة لقوانين الطبيعة هي أنها عالمية ولا تقبل باستثناءات. فقانون الجاذبية يعمل بنفس الطريقة في كل مكان في الكون. على أية حال، ليس هنالك أنواع بيولوجية على الأرض -بما في ذلك الكائنات البشرية - عالمية على النحو الذي عليه الجاذبية. فالأنواع البيولوجية لا توجد في كل مكان ومعظمها ينقرض في نهاية المطاف. على سبيل المثال، تأمل في القلب البشري. لا توجد قوانين في الطبيعة توجب الكيفية التي يجب أن يتركّب بها القلب أو حتى أنّ الكائنات الحية يجب أن تمتلك قلوب (مثلاً الكائنات الوحيدة الخلية ليس لديها قلوب). في البيولوجيا، التباين والاستثناءات هي قاعدة بقدر ما هي تشابه. يمكن للمرء أن يصوغ الكثير من التعميمات المفيدة حول الأنواع، لكنّ هذه التعميمات لا ترتقي إلى مستوى قوانين الطبيعة. إذا أردنا تفسير تركيب القلب البشري فيجب أن نعرف عن تاريخه التطوري وضغوط الانتخاب التي وجّهت نموه.

بالانتقال إلى سمات الأنواع البشرية التي يدرسها علم النفس. دعونا نلقي نظرة على ما يسمى بقانون يركيس-دودسون. فوفقاً لهذا القانون، يتحسّن الأداء بارتفاع مستوى الإثارة، إلى نقطة معينة، بعد هذه النقطة ينخفض الأداء. فعلى سبيل المثال، القلق بشأن الاختبار يُعدّ مفيداً لأنه يحفّزك على الدراسة وبالتالي الأداء الأفضل، لكن إذا أصبح قلقك شديداً للغاية، فسينخفض أداؤك.

بخلاف الجاذبية، فإنّ هذا "القانون" لا ينطبق على الصخور، أو النباتات، أو الأميبا. حتى حيثما ينطبق بالفعل، هنالك تفاوت كبير. فبالنسبة للمهام التي لا نملك فيها مهارات ونفتقر إلى الثقة، حتى الكمية الصغيرة من الإثارة يمكن أن تؤدي إلى أداء أسوء وهذا سيختلف لنفس الشخص بمرور الوقت. وبالنسبة لبعض الأشخاص، في المهام التي يتمتعون فيها بمهارات عالية، قد لا يختبرون أبداً إثارة كبيرة بما فيه الكفاية للتأثير على الأداء. إنّ مبدأ يركيس-دودسون هو تعميم تجريبي إخباري، لكنه ليس قانوناً عالمياً.

الزبدة هي أنه في علم النفس المعاصر لم يبقَ هنالك اهتمام كبير باكتشاف القوانين. والهدف المثالي الجديد هو التفسير السببي. فعلى سبيل المثال، ربما

نرغب بتوضيح سبب عمل تعميم يركيس-دودسون وسبب انهياره.

وفي مجال الطبي، كان البحث عن الأسباب أكثر أهمية في الطب النفسي من علم النفس، ومع ذلك، لم يكن من السهل التأكيد على صحة التفسيرات السببية، جزئياً، لأنّ السببية في الطب النفسي معقدة. فعلى سبيل المثال، تأمل في دعوى أنّ الاعتداء على الطفل هو عامل سببي في تطور اضطراب الشخصية الحدّية. إذا كان الأمر كذلك، فإنّ الاعتداء على الطفل هو من الناحية الفلسفية يُعدّ نوعاً غريباً من الأسباب لأنّ الاعتداء من المفترض أنه حدثَ قبل سنوات من تطور الاضطراب. وفق مفهوم هيوم عن السبب، إنّ السبب يسبق النتيجة، لكن هنالك أيضاً علاقة زمنية وثيقة يحدث فيها التأثير بُعيدَ ظهور السبب، لا بعدَ سنوات. فالكأس سقطت على الأرض فوراً بعد تركها، ليس بعد بضعة سنوات.

نفس المشكلة تحدث عند التفكير في الجينات كأسباب - بعض آثارها غالباً ما تظهر قبل ظهور الاضطرابات الطبية النفسية. تُعدّ الجينات أسباباً للاضطرابات الطبية النفسية على نحوٍ أكثر شبهاً بكون التبغ سبباً للسرطان. إذ ليس كل من يُدخّن يصاب بالسرطان، وليس كل من لديه استعدادات وراثية ذات صلة يُطوِّر اضطرابات طبية نفسية.

بالإضافة إلى ذلك، قد لا تشير بعض الدعاوى السببية الشائعة حول الاضطراب الطبي النفسي إلى الأسباب الفعلية. تأمل في دعوى أنّ الاكتئاب سببه اختلال التوازن الكيميائي في الدماغ مثل انخفاض مستوى الناقل العصبي السيروتونين. هنالك سؤال قديم جداً في الفلسفة هو هل الحالة العصبية، كاختلال التوازن الكيميائي، يمكنها أن تسبّب حالة نفسية، كالاكتئاب. الإجابة الشائعة هي أنّ الاكتئاب هو وصف نفسي لنوع خاص من الحالة الدماغية. إذا كان الأمر كذلك، فإنّ الحالة الدماغية ليست سبب الاكتئاب أكثر من أنّ الخشب هو سبب الطاولة أو الهيدروجين والأوكسجين هما سبَبا الماء. الطاولة هي الخشب والماء هو H_2O. إذا كانت فرضية اختلال التوازن الكيميائي صحيحة، فإنّ انخفاض مستوى السيروتونين هو الاكتئاب، وليس سببه.

على الرغم من أنّ الأمثلة مثل سقوط الكؤوس على الأرض تساعدنا في فهم ما نعنيه بمفهوم السبب، إلا أنها تُخفق في تمثيل جميع أنواع الأسباب المعترف بها في العلوم، بما في ذلك أسباب الاضطراب الطبي النفسي بشكل خاص.

التعددية السببية

من المقبول بشكل عام أنّ الاضطرابات الطبية النفسية هي نتيجة أسباب متعددة بدلاً من سبب واحد (Kendler 2012). فعلى سبيل المثال، تُعدّ النزوعات الجينية، الطَبع، السمات الشخصية، أنماط التأقلم، الهورمونات ومستويات السكّر في الدم، الإجهاد الحديث، مستويات الدعم الاجتماعي، الظروف الثقافية والاقتصادية، وغيرها المزيد جميعها جزءاً مما يحدد مزاج الشخص. يمكن أن تساعدنا دراسة أيٍ من هذه العوامل على فهم المزاج المستمر للشخص، لكن ولا واحد منها هو سبب المزاج - بدلاً من ذلك، إنّ الحقل السببي بأكمله هو ما يحدد المزاج. تمّ اقتراح طريقة للتعامل مع تعقيد الحقول السببية من قِبل John Mackie (1965) في شكل حالة INUS. يحدد الفلاسفة تقليدياً الأسباب بطرق مختلفة. فعلى سبيل المثال، يمكن أن تكون الأسباب ضرورية للتأثير، مثلاً، تُعدّ الإصابة بالبكتيريا العصية للسل ضرورية لكي تُصاب بالسل. ويمكنها أيضاً أن تكون كافية للتأثير، مثلاً، فصل رأس الشخص يكفي لقتله، لكنه ليس ضرورياً لأنه يمكنك قتله بطرق أخرى أيضاً. كيف تنطبق هذه المعايير على الآثار الناتجة عن تعدد الأسباب؟ وفقاً لماكي، ما نسميه عملياً "السبب" غالباً ما يكون جزءاً غير كافي لكنه ضروري لحالة غير ضرورية لكنها كافية، أي حالة INUS.

هذا صعب نوعاً ما، لكنّ الفكرة هي أنّ هنالك الكثير من العوامل المختلفة التي تؤثر على حدوث النتيجة. تأمل في الاكتئاب. في شخصٍ لديه تاريخ سابق عن الاكتئاب، يمكن أن يؤدي كونه عرضة للانفعالات السلبية

ومفتقراً للدعم الاجتماعي مع وفاة شخص عزيز إلى نوبة اكتئابية راجعة. بدلاً من تسمية هذا الحقل بأكمله "السبب"، يمكننا عملياً تحديد فقدان الشخص العزيز على أنه السبب لأنه حالة INUS. فقدان الشخص العزيز، بحد ذاته، لا يكفي للتسبب في الاكتئاب، لكن من دونه، لم تكن ستؤدي العوامل الأخرى في الحقل السببي إلى اكتئاب هذا الشخص. وفق مصطلحات ماكي، الأسباب هي الأمور التي تكون ضرورية لمجموعة معينة من العوامل لإنتاج تأثير ما، لكنها لا يجب أن تكون ضرورية أو كافية للتأثير من تلقاء نفسها.

إنّ تفسير ماكي هو هيومي بالمعنى الأساسي لأنّ الأسباب يتم تحديدها بواسطة انتظامات أو أنماط قابلة للرصد. وهو هيومي بالمعنى الثانوي أيضاً لأنه وفقاً لهيوم، من الناحية العملية، الأسباب هي صانعات الفرق - مما يعني أنه إذا لم يكن السبب قد حدث، لما حدثت النتيجة. إنّ حالة INUS هي صانعة الفرق.

تم اقتراح مقاربة عملية أخرى للسببية وفق تقليد الانتظام من قِبل James Woodward (2008)، وأُطلق عليها المنظور التدخّلي. يرى هذا المنظور الأسباب كأمور يمكننا التلاعب بها وبالتالي تغيير النتائج. وفقاً لـ Woodward، X هو سبب Y إذا كان بإمكاننا التدخّل في X وبالتالي تغيير Y. على سبيل المثال، في حالة الاكتئاب المرتبط-بالحزن، قد يكون صحيحاً أنه لو لم يفقد المرء شخصاً عزيزاً، ما كان سيكتئب، لكن بعد حدوث مثل هذه الخسارة لا يمكننا فعل أي شيء لإعادة الشخص الذي تُوفّي. دعونا نقول إننا يمكننا التدخّل في الانفعالية السلبية أو التدخّل في الدعم الاجتماعي وتحسين علاقات الشخص. إذا أدّت أي من هذه التدخّلات إلى تقليل أعراض الاكتئاب، فإنّ هذه العوامل تلعب دوراً سببياً. وإذا أخفقت هذه التدخّلات، فإننا لم نتدخّل في الأسباب.

ومع ذلك، يُعدّ هذا معقداً. فقد نجد أنه بمجرّد أن تُصبح النوبة الاكتئابية شديدة، لا يستجيب مزاج الشخص إلى أي تغيير في البيئة، لذا فإنّ تغيير مستوى الدعم الاجتماعي لن يجعله أقل اكتئاباً. فلا يشغل الدعم الاجتماعي دوراً سببياً

في ذلك الظرف. على أية حال، بالنسبة لشخص آخر، إذا كان مزاجه متجاوباً مع البيئة وكان قد اكتئب عقب رفض بين-شخصي، فإنّ زيادة الدعم الاجتماعي قد تجعله أقل اكتئاباً. لذا في هذا الظرف قد يلعب الدعم الاجتماعي دوراً سببياً.

على عكس الدعم الاجتماعي، إذا أدّى التدخّل في الانفعالية السلبية إلى تقليل الاكتئاب لمعظم الناس، فإنّ الانفعالية السلبية تُعدّ سبباً مفيداً على نحوٍ خاص لأنّ فعاليتها السببية ثابتة عبر الظروف المختلفة. مثل هذه التدخّلات ليست ثابتة على النحو الذي عليه القوانين، بل إنها ثابتة إلى حد ما. وفقاً لـ Woodward، إنّ التدخّلات الثابتة عبر الظروف المتغيرة تكون أكثر فائدة.

ما هو مثير أيضاً بشأن نظرية التدخّل لـ Woodward عن السبب هو أنّ المتغيرات النفسية يمكن أيضاً اعتبارها أسباب. دعونا نقول يمكننا استخدام العلاج النفسي لتغيير الاعتقادات المسببة للاكتئاب مثل إنه من غير العادل ألا تسير الأمور كما أُريد أيضاً؛ يجب أن أنجح دائماً وإلا كنتُ بلا قيمة؛ وها أنا أُخفق كلما حاولت. إذا حسّن التدخل في هذه الاعتقادات من مزاج الأشخاص المكتئبين، فإنّ الاعتقادات تُعتبر أسباب. أي X يكون سبباً لـ Y إذا كان بإمكانك التدخّل في X وتغيير Y.

دعونا نقول إنه يمكننا أيضاً استخدام الأدوية المضادة للاكتئاب للتدخّل في حالة الدماغ المرَضية لتحسين المزاج لدى الأشخاص المكتئبين. هل يجب أن نقول إنّ التدخّل الطبي أفضل لأنه يستهدف السبب الحقيقي للاكتئاب؟

ليس بالضرورة، لأنّ إثبات أنّ الحالات الدماغية هي الأسباب الحقيقية يكون مثقلاً من الناحية الميتافيزيقية. من الواضح أنّ الحالات الدماغية تلعب أدواراً سببية مهمة، لكنّ إضافة صفة "حقيقية" تمثّل زيادة ميتافيزيقية تأملية للغاية. وفقاً للنموذج التدخّلي، إذا كان التدخّل يغيّر النتيجة، فإنّ هدف هذا التدخّل هو السبب الحقيقي.

إضافة إلى ذلك، إنّ ما هو العامل السببي الأفضل هو سؤال عملي. إذ مشكلة الأدوية المضادة للاكتئاب هي أنها قد تسبّب أيضاً زيادة في الوزن، فقدان الرغبة بالجنس، رؤية ضبابية، أي أنها تُسبّب الكثير إلى جانب هدفنا. إذا كان التدخّل في الاعتقادات له آثار دائمة على الاكتئاب، ولا يتطلب تحمّل الآثار الجانبية المزعجة للأدوية ولا الاستمرار في استخدام العلاج لسنوات، فعندئذ، عملياً، تُعدّ الاعتقادات أسباباً أفضل من الحالات الدماغية.

طبيعة الكيانات السريرية

التشابه

ماذا يعني أن نقول إنّ الاكتئاب ينتشر في الأسرة وأنّ المريض يرث نفس الاكتئاب الذي عانى منه أحد والديه أو كِلاهما؟ عندما نقول إنّ الشخص يعاني من نوبة ثانية أو ثالثة من الاكتئاب، هل هذا هو تكرار لنفس الاكتئاب من قبل؟ ما هو أساس هذا التشابه؟

تُسمى إحدى إجابات هذا السؤال بنظرية الكليّات. خذ بعين الاعتبار خاصية الكون مثلثاً. ما يجعل المثلثات المختلفة متشابهة [الماهية] هو أنها تجسّد الخاصية الكليّة للمثلّثية. فالخاصية المثلّثية حاضرة على نحوٍ متساوٍ في كل شيء مثلّثي. والمثلّثية هي أيضاً جزء من البنية الأنطولوجية للعالم لأنه حتى لو استطعنا التخلّص من جميع المثلثات الفعلية، فإنّ ذلك لن يدمّر المثلّثية.

إذا كان الاكتئاب كليّاً، فإنّ الحالات المختلفة من الاكتئاب تجسّد نفس الشيء - في بعض الأحيان يُطلق عليه جوهر أو طبيعة الاكتئاب. علاوة على ذلك، إذا كان الأطباء النفسيون قادرين على منع الاكتئاب من الحدوث على الإطلاق، فسنستمر في حيازة معرفة عن الكليّة وبالتالي لن يتم تدميرها. إذا أُصيب الناس لاحقاً عبر التاريخ البشري بالاكتئاب مرة أخرى، فسيكون نفس الاكتئاب الذي تمّ القضاء عليه سابقاً.

وفقاً لنظرية الكليات، قد تختلف كل حالة فعلية من الاكتئاب قليلاً، تماماً كما تختلف جميع المثلثات الفعلية. على أية حال، إنّ فهم الكليّة يعني فهم الاكتئاب والمثلّثية وفق أشكالهما الخالصة.

يُطلق على ما يقابل الكليّات النزعة الاسمية. فوفقاً لإحدى النُسخ الشائعة للاسمية، إنّ الاكتئاب هو اسم عام للطريقة التي يشبه بها المصابون بالاكتئاب بعضهم بعضاً، لكنها ليست حرفية بسبب بعض الخصائص الشبحية التي يمكن أن تظهر بالكامل في أكثر من مكان واحد في نفس الوقت. يمكن للمرء أن يقول، بشكل فضفاض، إنّ هذا الشخص ورِثَ اكتئاب والده أو أنّ اكتئابه تكرّر، لكنّ هذه الاكتئابات أمور مختلفة. فهي متشابهة بالطريقة التي قد يرتدي بها شخصان نفس الثوب في حفل الزفاف، وغير متشابهة بالطريقة التي يمكن أن يعيش بها شخصان في نفس المنزل.

الخصائص والكيانات

عادة ما تُعتبر الكليّة خاصية، فعلى سبيل المثال، الكرة حمراء، سيليست ذكي، وجون مكتئب. في هذه الحالة، الاحمرار، الذكاء، الاكتئاب هي خصائص تمثّلها الكرة، سيليست، جون على التوالي. لكنّ الاضطراب الاكتئابي الرئيسي أيضاً له خصائص مثل الشعور بالحزن وفقدان الوزن، التي هي أيضاً تكون كليّة. كخصائص، فإنّ الأعراض المبلَّغ عنها (مثل الحزن) والعلامات الملاحَظة (مثل فقدان الوزن) هي مؤشرات غير معصومة عن الكيان المرَضي الأساسي.

وفيما يتعلق بميتافيزيقيا الكيانات، إنّ الخصائص هي الطرق التي يظهر بها الكيان، لكنّ الكيان هو الذي تعتمد عليه الخصائص. على الرغم من أنّ تمثيل الأعراض للاضطراب الاكتئابي الرئيسي قد يتباين قليلاً من حالة إلى حالة، إلا أنّ جميعها تقوم على نفس الكيان المرَضي.

تسمى الكيانات التي تعتمد عليها الخصائص ركائز. على أية حال، وفقاً للفلاسفة أمثال جون لوك، نعتقد أنّ الركائز تقوم عليها الخصائص، لكنّ مفهومنا عن الركيزة قد لا يكون أكثر من كونه تأملي "لا نعرف ما هي" تعتمد عليها الخصائص. أقرَّ لوك بوجود الركائز، لكنه اعتبرها غير قابلة للمعرفة. على أية حال، وفقاً لهيوم، لأنّ الخصائص هي كل ما نعرفه على الإطلاق، فمن الأفضل معاملة الركائز على أنها متخيلات ميتافيزيقية. أي ما هو موجود هو تجمعات من الخصائص.

على سبيل المثال، إنّ خصائص الاضطرابات الطبية النفسية هي الأعراض. هل من الممكن أن تكون مكتئباً أو مصاباً بالذهان سريرياً لكن ليس لديك أعراض؟ لا أقصد وجود أعراض الاكتئاب لكن التصرّف كما لو كان كل شيء طبيعياً، بل أقصد عدم وجود أعراض مقترنة بالمعاناة أو الأداء المتدهور من الأساس. لا حزن، يأس، فقدان الوزن، تخلّف حركي نفسي، وما إلى ذلك. قد يكون من الممكن أن ينتج الاكتئاب عن اختلال وظيفي أساسي لا يظهر دائماً كأعراض، لكن إذا لم يكن من الممكن أن يمتلك الشخص اضطراباً طبياً نفسياً من دون أعراض، فإنه من منظور هيومي، لا تكون الكيانات السريرية المهمة اختلالات وظيفية أساسية (أي ركائز متخيلة)، بل تجمعات من العلامات والأعراض المقترنة.

في الميتافيزيقيا، يفضّل المدافعون عن الكليّات بشكل عام مقاربة الركيزة للكيانات. إذا كانت الخصائص مثل كونها حمراء أو كونه غير راضٍ كليّات يمكن أن تحدث في أكثر من مكان واحد، فيجب أن تكون مستندة إلى شيء خاص لا يحدث إلا في مكان واحد، وهذه هي الركيزة.

يشكك معظم الإسميين بشأن الكليّات الشَبَحية والركائز الافتراضية. والكثير منهم يفضّل مقاربة تجمّع الخاصية للكيانات. إنّ كل خاصية وكل تجمّع للخصائص هو شيء مُعيَّن يحدث في مكان واحد وله بداية ونهاية. فعلى سبيل المثال، اكتئاب أحد الأشخاص هو معيَّن مختلِف عن اكتئاب الشخص الآخر.

قد يشبهان بعضها البعض بما يكفي لتشكيل فئة، لكنهما وجودان متميزان.

الكيانات الطبية النفسية: ثلاث رؤى ميتافيزيقية

تثير رؤية تجمّع الخصائص سؤالاً حول سبب الحدوث-المشترك لأعراض الاكتئاب، مما يعيدنا مباشرة إلى شيء ما مخفي وراء المظاهر يجعل الأعراض ذات الحدوث-المشترك كياناً متماسكاً. هنالك ثلاث رؤى مميزة، وإن كان الالتزام بها لا يزال ميتافيزيقياً، عن الكيانات السريرية تتمثل في النموذج الطبي، نموذج التحليلي للعامل، ونموذج الشبكة السببية.

وفقاً للنموذج الطبي، تحدث الأعراض والعلامات بشكل مشترك لأنها تمظهرات لعملية مرَضية أساسية. والعملية المرَضية هي الكيان السريري الحقيقي. قد تكون هذه العملية المرَضية بيولوجية أو نفسية بطبيعتها.

هنالك مقاربة ذات صلة لكنها مختلفة حول مشكلة الحدوث-المشترك تم تطويرها في علم النفس السريري. يتفق علماء النفس على أنّ الارتباطات بين الأعراض تحدث بسبب عامل سببي مخفي، لكنهم يسمّون هذا العامل المخفي المتغيّر الكامن. وباستخدام المقاربة الإحصائية المسمّاة تحليل العامل، يمكن لعلماء النفس تحديد ما إذا كان يمكن تفسير الارتباطات بين الأعراض بواسطة المتغيرات الكامنة.

هنالك العديد من الطرق لنمذجة فضاء الأعراض الطبية النفسية إحصائياً، لكنّ مقاربة تحليل العامل تميل إلى التفوّق على المقاربات الأخرى (Helzer et al. 2008). على أية حال، لا تقسّم النماذج التحليلية للعامل فضاء الأعراض إلى فئات تشخيصية مثل الاكتئاب والفصام، بل تقسّمها إلى متغيرات كامنة. المتغيرات الكامنة المشتقة في تحليل العامل هي الأبعاد. والأبعاد هي متغيرات مستمرة يمتلك من خلالها كل شخص قيماً من الأقل إلى الأعلى. من الأمثلة على الأبعاد هي الطول والوزن.

إنّ بعض أكثر الميتافيزيقيين ممن يدافعون عن النموذج البُعْدي هم أنصار نموذج العوامل-الخمسة للشخصية واضطراب الشخصية (McCrae & Costa 1997). والعوامل الخمسة للشخصية هي الانبساط، والعصبية، والوفاق، والانفتاح، والضمير. يُصرّح المدافعون عن هذا النموذج أنّ هذه العوامل الخمسة تمثّل البنية الكليّة للشخصية البشرية:

> لماذا هذه العوامل الخمسة...؟ نحن نعتقد أنها حقيقة تجريبية فحسب، مثل حقيقة أنّ هناك سبع قارات على الأرض أو ثمانية رؤساء أمريكيين من فيرجينيا. يُميّز علماء البيولوجيا ثمان فئات من الفقريات (الثديات، الطيور، الزواحف، البرمائيات، وأربع فئات من الأسماك، واحدة منقرضة)، ونظرية التطور تساعدنا على تفسير نمو هذه الفئات. على أية حال، لا تفسّر لماذا تطورت ثمان فئات، بدلاً من أربع أو أحد عشر، ولم يعتبر أحد ذلك عيباً في النظرية. بالطبع هنالك أسباب وراء اختلاف البشر على طول كل من أبعاد الشخصية الخمسة- أسباب يمكن العثور عليها في مكان ما في التطور، أو البيولوجيا العصبية، أو التنشئة الاجتماعية، أو الحالة الإنسانية الوجودية. لكن ربما ليس من المجدي أو المفيد أن نسأل لماذا صادف أن يكون هناك خمسة أبعاد فقط. (McCrae & John 1992: 194)

يسمى النموذج التحليلي-للعامل المؤثر للاضطراب الاكتئابي الرئيسي بالنموذج الثلاثي (Clark & Watson 1991). حيث يتألف من ثلاثة أبعاد مستقلة تسمى العاطفة الإيجابية [positive affect]، العاطفة السلبية [negative affect]، فرط الإثارة الفسيولوجي [physiological hyperarousal]. تعني "مستقلة" أنّ موقع الشخص من أحد هذه الأبعاد الثلاثة لا يرتبط بموقعه من الأبعاد الأخرى. تمتد هذه الأبعاد كذلك عبر الطبيعي وغير الطبيعي. فعلى سبيل المثال، دائماً ما يشغل كل شخص موقعاً من البُعد المستمر للعاطفة الإيجابية - يتراوح من المنعدم إلى العالي جداً. إنّ كل من العاطفة الإيجابية المنخفضة جداً (انعدام

التلذذ) والعاطفة الإيجابية المرتفعة جداً (الهَوَس) هي غير طبيعية من الناحية الطبية النفسية. وفقاً للنموذج الثلاثي، إنّ الاضطراب الاكتئابي الرئيسي هو اسم نعطيه على مزيج من العاطفة الإيجابية المنخفضة المستوى، والعاطفة السلبية المرتفعة المستوى، والإثارة المنخفضة المستوى.

يعتقد المدافعون عن النماذج البُعدية أنّ الفئات التشخيصية مثل الاكتئاب والفصام تستند إلى الرأي والتقليد السريري، في حين أنّ البُعد التحليلي للعامل مثل العاطفة الإيجابية والعاطفة السلبية مشتق علمياً. كما رأينا سابقاً في المقارنة بين القارات والعوامل الشخصية، يعتقد بعض المفكرين أنّ الأبعاد التي تمّ اكتشافها بواسطة تحليل العامل هي "الكيانات" الحقيقية للطب النفسي (Livesley 2012; McCrae & John 1992). وفقاً لهذه الرؤية، فإنّ الاضطراب الاكتئابي الرئيسي ليس كياناً سريرياً حقيقياً، بل هو اسم نعطيه إلى مظهر [profile] من القيم المنخفضة والمرتفعة عبر مجموعة من الأبعاد.

تسمى المقاربة الثالثة لمشكلة الحدوث-المشترك نموذج الشبكة السببية. وفقاً لهذا النموذج، تكون أعراض الاكتئاب مثل الحزن، وتعكّر النوم، والإعياء، ومشاكل التركيز مترابطة، لكن بدلاً من أن تعكس تأثير المتغيرات الأساسية أو المخفية، تمثّل الارتباطات روابط سببية مباشرة بين الأعراض نفسها. فعلى سبيل المثال، يمكن أن يؤدي عدم النوم إلى الشعور بالإعياء وهذا بدوره يؤدي إلى مشاكل في التركيز (Cramer et la. 2010).

من منظور الشبكة السببية هذه، إنّ تطوير نوبة اكتئابية يعني الدخول في شبكة أعراض معينة. فعلى سبيل المثال، هنالك بعض الأدلة على أنّ الأرَق والمزاج المكتئب يمتلكان العديد من الروابط السببية مع أعراض الاكتئاب الأخرى وعندما تحدث في الشخص الضعيف، تبدأ بتكوين شبكة متداخلة تسمى النوبة الاكتئابية (Cramer et al. 2010).

في كثير من الأحيان، قد يتم تحفيز النوبة الاكتئابية بواسطة حدث مجهد

أو فقدان مهم. قد تمثّل هذه النوبة الاكتئابية التفاعلية اختلالاً مؤقتاً سرعان ما يتبدد. على أية حال، إذا أصبحت شبكة الأعراض الاكتئابية مرتبطة بقوة، فإنها ستستمر من خلال حلقات التغذية الاسترجاعية حتى بعد انحسار الأحداث المحفّزة، وسيتم تحويل النوبة الاكتئابية التفاعلية إلى الاضطراب الاكتئابي الرئيسي (Borsboom 2017).

وفقاً لمقاربة الشبكة السببية، إنّ الكيان السريري الحقيقي هو شبكة الأعراض. ومن دون الارتباطات بين الأعراض، لن يكون هناك كيان سريري. وبدلاً من كونها مؤشرات غير معصومة عن العمليات المرَضية الأساسية أو الأبعاد الكامنة، تكون الأعراض أجزاءً من الشبكة السببية (McNally et al. 2015).

ما الذي يجب على المدافعين عن نموذج الشبكة قوله بشأن الدعاوى الميتافيزيقية للنموذج الطبي والنموذج البُعدي؟ ففيما يتعلق بالنموذج الطبي، يجادلون بأنّ الأطباء النفسيين لم يكونوا قادرين على تحديد الآليات المرَضية الأساسية للاضطرابات الذهنية لأنّ هذه الآليات غير موجودة (Borsboom 2017). وفيما يتعلق بالنموذج البُعدي، يجادلون بأنّ المتغيرات البُعدية\الكامنة لتحليل العامل هي متخيلات علمية. وفي الواقع، لقد أظهر المدافعون عن النماذج الشبكية أنّ التقنية الإحصائية لتحليل العامل ستُنتِج متغيرات كامنة مثل العاطفة الإيجابية حتى لو كانت الارتباطات بين المتغيرات لا تمثّل، في الواقع، متغيرات مخفية، بل علاقات سببية بين المتغيرات المتمظهرة نفسها (Borsboom & Cramer 2013; van der Maas et al. 2006).

في الختام، لقد فحصنا للتو ثلاث رؤى ميتافيزيقية حول طبيعة الكيانات السريرية. فوفقاً للنموذج الطبي، الاضطراب الذهني هو عملية مرَضية أساسية تظهر من خلال الأعراض. ووفقاً للنموذج التحليلي للعامل، الاضطراب الذهني هو تشكيل من الدرجات المنخفضة والمرتفعة وفق مجموعة من الأبعاد ذات الصلة بالتدهور والكَرْب الطبي النفسي. ووفقاً لنموذج الشبكة، يمثّل الاضطراب الذهني الحالة المستقرة لشبكة أعراض مرتبطة بقوة.

الختام

قدّم هذا الفصل عيّنة صغيرة فقط من القضايا الميتافيزيقية التي تُعدّ مهمة في التصنيف الطبي النفسي وعلم تصنيف الأمراض، مع معالجة موجزة لهذه العيّنة الصغيرة. واسمحوا لي أن أختم بالإشارة إلى أنّ الموضوعات المدروسة في الميتافيزيقيا نادراً ما تكون مستقلة عن بعضها البعض، لذا بمجرّد أن تلتزم بموقف ما في قضية معينة؛ ستكون له آثار على رؤيتك في القضايا الأخرى. في بعض الأحيان يمكن أن يقيّد الالتزام الميتافيزيقي القوي بقضية معينة ما يمكنك قبوله بثبات في القضية الأخرى.

إذا كانت البرامج البحثية، كما أشرتُ في بداية الفصل، تحتوي دائماً على افتراضات ميتافيزيقية، وهذه الافتراضات، كما جادلنا في النهاية، لها آثار على الافتراضات الميتافيزيقية الأخرى، فإنّ دور الميتافيزيقيا في العلوم - بما في ذلك الطب النفسي - قد يكون أكثر شمولاً مما يُعتد به في كثير من الأحيان. لكن عند مراعاة ذلك، تُشير الميتافيزيقيا إلى الافتراضات الأكثر عمومية المقدّمة في العلم، ويجب أن يُنظر إليها على أنها من الممكن أن تكون متصلة بالعلم، وليست منفصلة عنه أو غير متوافقة معه بالضرورة.

References

Boorse, C. (1975), On the Distinction between Disease and Illness, Philosophy and Public Affairs, 5:49-68.

Boorse, C. (1977), Health as a Theoretical Concept, Philosophy of Science, 44:542- 573.

Borsboom, D. (2017), A Network Theory of Mental Disorders, World Psychiatry, 16:5-13.

Borsboom, D. and Cramer, A. O. J. (2013), Network Analysis: An Integrative Approach to the Structure of Psychopathology, Annual Review of Clinical Psychology, 9:91-121.

Carnap, R. (1936), Testability and Meaning, Philosophy of Science, 3:419-471.

Carnap, R. (1937), Testability and Meaning-Continued, Philosophy of Science, 4:1-40.

Carnap, R. (1967), The Logical Structure of the World and Pseudoproblems in Philosophy, R. A. George, trans. London: Routledge & Kegan Paul.

Cartwright, S. A. ([1851] 2004), Diseases and Physical Peculiarities of the Negro Race, pp. 28-39. In Health, Disease, and Illness. A. L. Caplan, J. J. McCartney, and D. A. Sisti, eds. Washington, DC: Georgetown University Press.

Clark, L. A. and Watson, D. (1991), Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric Evidence and Taxonomic Implications, Journal of Abnormal Psychology, 100:316-336.

Cramer, A. O. J., Waldrop, L. J., Van Der Mass, H. L. J. and Borsboom, D. (2010), Comorbidity: A Network Perspective, Behavioral and Brain Sciences, 33:137-150.

Helzer, J. E., Kraemer, H. C., Krueger, R. F., Wittchen, H. U., Sirovatka, P. J., and Regier, D. A. (2008), Dimensional Approaches in Diagnostic Classification: Refining the Research Agenda for DSM-V, Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Hume, D. ([1739] 2000), A Treatise of Human Nature, Oxford: Oxford University Press.

Kendell, R. E. (1975), The Concept of Disease and Its Implications for Psychiatry, British Journal of Psychiatry, 127:305-315.

Kendler, K. S. (2012), The Dappled Nature of Causes of Psychiatric Illness: Replacing the Organic-Functional/Hardware-Software Dichotomy with Empirically Based Pluralism, Molecular Psychiatry, 17:377-388.Lakatos, I. (1970), Falsification and the Methodology of Scientific Research Programmes, pp. 91-196. In Criticism and the Growth of Knowledge. I. Lakatos and A. Musgrave, eds. New York: Cambridge University Press.

Livesley, W. J. (2012), Tradition versus Empiricism in the Current DSM-5 Proposal for Revising the Classification of Personality Disorders, Criminal Behavior and Mental Health, 22:81-91.

Mackie, J. L. (1965), Causes and Conditions, American Philosophical Quarterly, 2: 245-264.

McCrae, R. R. and Costa Jr., P. T. (1997), Personality Trait Structure as a Human Universal, American Psychologist, 52:509-516.

McCrae, R. R. and John, O. P. (1992), An Introduction to the Five Factor Model and Its Implications, Journal of Personality, 60:175-215.

McNally, R. J., Robinaugh, D. J., Wu, G. W., Wang, L. Deserno, M. K., and Borsboom, D. (2015), Mental Disorders as Causal Systems: A Network Approach to

Posttraumatic Stress Disorder, Clinical Psychological Science, 36:836-849.

Popper, K. (1963), Conjectures and Refutations: The Growth of Scientific Knowledge, London: Routledge.

Roth, M. and Kroll, J. (1986), The Reality of Mental Illness, Cambridge: Cambridge University Press.

Scadding, J. G. (1967), Diagnosis: The Clinician and the Computer, Lancet, 290: 877-882.

Shapin, S., Schaffer, S. (1985), Leviathan and the Air-Pump: Hobbes, Boyle, and the Experimental Life, Princeton, NJ: Princeton University Press.

Suppe, F. (1977), Introduction, pp. 3-232. In The Structure of Scientific Theories, 2nd edition. F. Suppe, ed. Urbana: University of Illinois Press.

Szasz, T. S. (1961), The Myth of Mental Illness, New York: Harper & Row. Van Der

Maas, H. L., Dolan, C. V., Grasman, R. P., Wicherts, J. M., Huizenga, H. M., and Raijmakers, M. E. J. (2006), A Dynamical Model of General Intelligence: The

Positive Manifold of Intelligence by Mutualism, Psychological Review, 113:842-861.

Van Voren, R. (2010), Political Abuse of Psychiatry-An Historical Overview, Schizophrenia Bulletin, 36:33-35.

Wakefield, J. C. (1992a), The Concept of Mental Disorder: On the Boundary between Biological Facts and Social Values, American Psychologist, 47: 373-388.

Wakefield, J. C. (1992b), Disorder as Harmful Dysfunction: A Conceptual Critique of DSM-III-R's Definition of Mental Disorder, Psychological Review, 99:232-247.

Woodward, J. (2008), Cause and Explanation in Psychiatry: An Interventionist Perspective, pp. 136-184. In Philosophical Issues in Psychiatry: Explanation, Phenomenology, and Nosology. K. S. Kendler and J. Parnas, eds. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

الفصل الثالث والعشرون

الواقعية واللاواقعية في العِلم، والتشخيص الطبي النفسي

سام فيلوز

المقدّمة

اعتماداً على الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية (DSM) والتصنيف الدولي للأمراض (ICD) باعتبارهما نموذجين أصليين، يُدرج التشخيص الطبي النفسي في المقام الأول علامات وأعراض الأشخاص الذين يزعم أنه يصفهم. وقد يُدرج أيضاً عوامل إضافية مثل كيف تتطور الحالة بمرور الزمن، والأشكال السائدة، والعوامل السببية، والاختلافات الجندرية. في هذه الورقة، أُركّز على الجوانب السلوكية للتشخيص الطبي النفسي. هنالك تاريخ طويل من الاهتمام بالتشخيص الطبي النفسي. يعتبر بعض النقاد التشخيص الطبي النفسي تعسفياً أو كوسيلة لمَرْضنة الناس الذين يعانون من مشاكل بسيطة فحسب. حيث يجادلون في بعض الأحيان أنه، على عكس الصور النموذجية للعلم باعتبارها تُقدِّم أوصافاً للكيفية التي يكون عليها العالَم بالفعل، فإنّ التشخيصات الطبية النفسية اخترعها الأطباء النفسيون، أو ابتكروها أو بنوها. يُعدّ هذا الأمر مهماً لأنّ التشخيصات الطبية النفسية يمكن أن تؤثر على القرارات المتعلقة بالعلاج وعلى الاعتقالات القسرية. إنّ الكون مُشخّصاً يمكن أن يؤثر على الإدراك الحسي-الذاتي للفرد وعلى علاقاته بالآخرين. وكون التشخيصات الطبية النفسية خاطئةً أو غير صحيحة إلى حدٍ ما من شأنها أن تثير تساؤلات جادة حول مدى تأثيرها على صنع القرار السريري. سأقدِّم نظرة عامة عن الحجج المؤيدة

والمعارضة للتشخيص الطبي النفسي التي تستحق التصديق عبر استكشاف أفكار النزعتين الواقعية واللاواقعية الحاضرتين في الفلسفة التحليلية للعلم وفلسفة الطب النفسي.

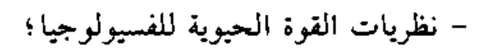
تدور أسئلة الواقعية حول هل معتقداتنا تصف العالم بدقة. إلى الدرجة التي تكون فيها معتقداتنا واصفةً العالم بدقة، تكون الواقعية مسوّغة. وإلى الدرجة التي لا تكون فيها معتقداتنا واصفةً العالم بدقة، حينئذ، يكون شكل من أشكال اللاواقعية مسوّغاً. فعلى سبيل المثال، معظم الناس هم واقعيون بشأن الطاولات. فعندما يتحدث معظم الناس عن الطاولات أو يستخدمونها، يبدو أنّ هناك شيئاً موجود. في المقابل، معظم الناس هم لاواقعيون بشأن وحيد القرن. فهو عادة ما يُفهم على أنه خيالي. إذ هو شيء نحن اخترعناه أو بنيناه في عقولنا.

يركّز هذا الفصل على نوع معين من الواقعية هي الواقعية العلمية[1]. ويركّز هذا الموضوع على الأسئلة المتعلقة بواقعية أو لاواقعية المفاهيم العلمية. تتمثل القضية الرئيسية في مناقشة الواقعية العلمية في هل النظريات العلمية تصف العالم بشكل صحيح أم بشكل شبه صحيح. عامةً يعتقد معظم الناس أنّ ما يصفه العلماء موجودٌ بالفعل. يتشاطر بعض الفلاسفة، المعروفين بالواقعيين العلميين، هذه الرؤى. وفلاسفة آخرون هم لاواقعيون علميون. حيث يشيرون بشكل عام إلى أنّ هناك العديد من النظريات العلمية التي صدّقها العلماء، أحياناً بناءً على

(1) عادة ما يعتبر فلاسفة الطب النفسي التشخيصات الطبية النفسية على أنها كيانات بدلاً من نظريات علمية. كذلك يعتبر بعض الواقعيين العلميين، المعروفين بواقعيي الكيان، الواقعية العلمية أنها تركّز على الكيانات بدلاً من النظريات. ومع ذلك، عادة ما يركّز معظم الواقعيين العلميين على النظريات العلمية لأنهم يعتقدون أنه لا يمكن إنشاء الكيانات إلا من خلال النظريات العلمية. أعتقد أنّ هذا ينطبق على التشخيصات الطبية النفسية. وبالتالي، سأُركّز على المفاهيم النموذجية للواقعية العلمية وتشديدها على النظريات.

أدلة جيدة للغاية، لكنها مع ذلك كانت غير صحيحة في الكثير من دعاويهم المركزية. رُغمَ تقديم تنبؤات ناجحة بشكل لا يُصدّق، إلا أنّ العديد من النظريات المهجورة في الماضي افترضت أشياءً تبيّنَ أنها غير موجودة بالفعل. يسرد اللاواقعي العلمي، لاري لودان، العديد من النظريات التي صدّق بها العلماء ذات مرة، لكن تبيّن أنها خاطئة في التفاصيل المركزية حول ما هو موجود في العالم:

- المجالات البلورية لعلم الفلك في العصور الوسطى والقديمة؛
- النظرية الخلطية في الطب؛
- نظرية الجريان للكهربائية الساكنة؛
- جيولوجيا "الكوارث" مع التزامها بالطوفان العالمي (طوفان نوح)؛
- نظرية فلوجيستون في الكيمياء؛
- نظرية السيّال الحراري؛
- نظرية الاهتزاز الحراري؛



- نظريات القوة الحيوية للفسيولوجيا؛
- الأثير الكهرومغناطيسي؛
- الأثير البصري. (Laudan 1988: 33) وهكذا يهدف النقاش الواقعي واللاواقعي إلى تحديد ما إذا كانت النظريات العلمية الحديثة مخطئة بالمثل في الدعاوى المركزية حول ما هي الأشياء الموجودة في العالم، والتساؤل عمّا إذا كانت الأشياء مثل الالكترونات والصفائح التكتونية موجودة بالفعل أم أنّ هذه النظريات مخطئة بطريقة مماثلة للنظريات العلمية القديمة المتروكة. إنّ تاريخ الطب النفسي يتضمن أيضاً العديد من التشخيصات الطبية النفسية التي تمّ هجرها منذ فترة طويلة مثل الهستيريا، الهوَس الأحادي، فصام الطفولة، الوهن العصبي [neurasthenia]، الدرابتومانيا، الفصام البسيط، الذهان التكافلي، مما يثير مثل

هذه المخاوف اللاواقعية تجاه التشخيص الطبي النفسي[2].

يوجز الواقعي العلمي Stathis Psillos الواقعية العلمية على أنّ لها جانبين، كلاهما يجب استيفاؤهما لكي تستحق النظرية العلمية التصديق. والفشل في استيفاء أيٍ منهما يؤدي إلى اللاواقعية، وتكون النظرية العلمية غير مستحقة للتصديق. هذان الجانبان هما الواقعية الميتافيزيقية والواقعية الإبستمية. تركّز الواقعية الميتافيزيقية على الأسئلة المتعلقة بما هو موجود. وتركّز الواقعية الإبستمية على الأسئلة المتعلقة بمدى معرفتنا بما هو موجود. ينظر الجزء المتبقي من هذا الفصل أولاً في الحجج المؤيدة والمعارضة للواقعية الميتافيزيقية في الطب النفسي. أي ما هو الجزء من العالم الحقيقي، إن وجد، الذي يمكن أن يصفه التشخيص الطبي النفسي؟ ومن ثمّ ينظر ثانياً في الحجج المؤيدة والمعارضة للواقعية الإبستمية في الطب النفسي. أي ما مدى موثوقية التشخيص الطبي النفسي لوصف ما هو موجود في أجزاء العالم التي يحقق فيها الطب النفسي؟[3].

الواقعية واللاواقعية الميتافيزيقيتان

تتضمن الواقعية العلمية "الأطروحة الميتافيزيقية: العالم لديه بنية محددة ومستقلة-عن العقل" (Psillos 2009: 4). يعتقد الواقعي الميتافيزيقي أنّ العالم لديه

---

(2) لاحِظ أنّ المؤرخين والفلاسفة ذوي النزعة التاريخية يختلفون في كثير من الأحيان حول الدرجة التي كانت فيها النظريات العلمية المهجورة والتشخيصات الطبية النفسية المهجورة مخطئة بالفعل؛ وهذه أمثلة على الحالات الإشكالية.

(3) هنالك أيضاً "الأطروحة الدلالية: إنّ النظريات العلمية يجب أخذها على ظاهرها... أنها قادرة على أن تكون صحيحة أو باطلة"، Psillos (2009: 4). لن أُناقش هذا الأمر لأنّ فلسفة العلم المعاصرة ترفض بشكل عام اللاواقعية الدلالية. "لم تعد الواقعية الدلالية محل نزاع" Psillos (2009: 5)، حتى أنّ فلاسفة العلم اللاواقعيين البارزين أصبحوا واقعيين دلاليين.

بنية مستقلة-عن العقل والتي ستكون مبدئياً معروفة. يمتلك العالم شكلاً خاصاً مستقلاً عن وجهات نظرنا عنه. فهو يوجد بطريقة خاصة، وهنالك حقائق حول طريقة وجود العالم، بغض النظر عن كيفية اعتقادنا عنه. ينظر الواقعيون الميتافيزيقيون إلى بنية العالم المستقلة-عن العقل على أنها ما هو حقيقي، على أنها ما تسعى النظريات العلمية إلى وصفه حرفياً. في المقابل، اللاواقعية الميتافيزيقية هي حيث لا تظهر الحقائق الخاصة حول طبيعة العالم إلا بعد وجود الاتفاقات البشرية. يرفض اللاواقعي الميتافيزيقي أنّ هناك بنية مستقلة-عن العقل. يُعدّ علم التنجيم مثالاً لا يثير الجدل إلى حدٍ ما عن الشيء الذي يمكن أن يتبنى الفلاسفة تجاهه لاواقعية ميتافيزيقية. يقدّم علم التنجيم ادعاءات مفادها أنّ الأشياء مثل مواقع الكواكب يمكن أن تؤثر على العلاقات الشخصية بين البشر. إذا كانت البنية الميتافيزيقية الفعلية للعالم هي البنية التي لا تؤثر فيها مواقع الكواكب على العلاقات الشخصية بين البشر، فإنّ علم التنجيم لا يدرس البنية الميتافيزيقية للعالم. يحاول علم التنجيم وصف شيء لا يمتلك بنية ميتافيزيقية لذا فإنّ العلاقات المفترضة بواسطة علم التنجيم لا تصف شيئاً حقيقياً.

غالباً ما تكون الواقعية واللاواقعية الميتافيزيقيتان محددتيّ النطاق. قد يعتقد البعض أنّ هنالك حقائق صحيحة عن طبيعة العالم في أجزاء العالم التي تمّت دراستها بواسطة بعض العلوم لكن ليس في المجالات التي درستها العلوم الأخرى. تسلّط بعض الأمثلة الضوء على كيف يمكن للفلاسفة أن يكونوا واقعيين ميتافيزيقيين بشأن بعض الادعاءات العلمية، ويكونوا لاواقعيين ميتافيزيقيين بشأن ادعاءات أخرى. قد يعتقد الفيلسوف أنّ هناك حقائق مستقلة-عن العقل حول الذرات في الفيزياء وحول الخلايا في البيولوجيا لكن ليس حول الكائنات الحية. وبالنسبة للمثال الثاني، قد يرفض الفيلسوف أنّ هناك حقائق مستقلة عن-العقل حول النشاطات الاقتصادية للأمم. قد تكون هنالك حقائق عن الناس، والمواقع الجغرافية، وتبادل الأموال لكن ليس عن الأمم. قد يدّعي اللاواقعي الميتافيزيقي أنّ الأمم هي مجموعات اعتباطية، من جهة أنّ

الاتفاقيات البشرية البحتة هي التي تقرر أين تكون الحدود بين ألمانيا وفرنسا. ليس هنالك حقائق مستقلة-عن العقل حول النشاطات الاقتصادية للأمم بسبب أنّ هذه الأمم ليست سوى مسألة ناتجة عن اتفاقيات بشرية اعتباطية. وهكذا، لا يعتقد اللاواقعي الميتافيزيقي بشأن التشخيص الطبي النفسي أنه لا يوجد شيء هناك. بل، بالأحرى، قد يكونون واقعيين ميتافيزيقيين بشأن العديد من الدعاوى العلمية المختلفة لكن ليس مع التشخيص الطبي النفسي.

إنّ السؤال الرئيسي هنا هو ما إذا كان هنالك أي جزء من البنية الميتافيزيقية للعالم يمكن أن يصفه التشخيص الطبي النفسي. والبديل هو أنه، كما هو الحال مع علم التنجيم، إنّ التشخيصات الطبية النفسية هي أشياء أنشأها البشر ولا تصف العالم الحقيقي. سأوجز الآن الواقعية الميتافيزيقية حول التشخيص الطبي النفسي ومن ثمّ أناقش الحجج الخاصة باللاواقعية الميتافيزيقية حول التشخيص الطبي النفسي.

إنّ الواقعي الميتافيزيقي بشأن التشخيص الطبي النفسي سيعتقد أنّ الأعراض (الأفكار، المشاعر، السلوك) التي يُظهرها المرضى هي جزء من البنية المستقلة-عن العقل. ومن ناحية أخرى، يمكن أن يعتقد الواقعي الميتافيزيقي بشأن التشخيص الطبي النفسي أنّ تلك الأعراض (الأفكار، المشاعر، السلوك) ناتجة عن بنية العالم المستقلة-عن العقل. سيرفض اللاواقعي الميتافيزيقي هذه الادعاءات. إنّ الفكرة الأكثر توظيفاً للواقعية الميتافيزيقية في الطب النفسي هي فكرة "الأنواع الطبيعية". حيث عادة ما يُنظر إليها على أنها انقسامات طبيعية في العالم تتكوّن نتيجة أسباب حقيقية. ونظراً إلى أنّ "العضوية في النوع الطبيعي تعتمد على الأساس المشترك الذي يحمل النوع معاً، فنحن نملك حلاً جاهزاً لمشكلة لماذا يتشاطر المرضى الذين يستوفون التشخيص مجموعة من الأعراض، ذلك أنهم يخضعون جميعاً إلى نفس العمليات وهذه الأعراض هي آثار تلك العمليات" (Murphy 2014: 106). وفق هذا التفسير، سيُظهِر الأفراد الذين لديهم نفس الخصائص الفسيولوجية الأساسية نفس السلوك. ونفس الأسباب في البنية

الميتافيزيقية للعالم تكون حاضرة في كل فرد تم تشخيصه. لذلك، فإنّ التشخيص الطبي النفسي سيستحق التصديق إذا كان يصف ذلك السلوك بشكل صحيح. على أية حال، هنالك الكثير من المقاربات المختلفة للأنواع الطبيعية. سأوجز أولاً أربعة تفاسير مختلفة عن الأنواع في الطب النفسي، كما قدّمها Nick Haslam. ومن ثمّ أُقيّم الطريقة التي يكون فيها كل واحد منها واقعياً أو غير واقعي.

أولاً، يوجز هاسلام الأنواع الطبيعية الجوهرية حيث "تكون البنية أو الآلية أو العملية المرَضية المحددة والفعالة سبباً حاضرة" (Haslam 2002: 212). يرجع سبب جوهريتها إلى أنّ السبب الأساسي حاضرٌ عند كل مَن هو مصاب بذلك الاعتلال وغائب عند غير المصابين. كذلك تمتلك الأنواع الطبيعية الجوهرية حدوداً واضحة. إما أنّ الشخص يحوز ذلك التشخيص الطبي النفسي أو أنه لا يحوزه؛ وليس هنالك أحد يحوز التشخيص جزئياً. ثانياً، يوجز هاسلام الأنواع المتمايزة، التي هي أيضاً تمتلك حدوداً واضحة، مما يعني أنّ الشخص لا يمكنه أن يستوفي بشكل جزئي المعايير التشخيصية. على أية حال، تختلف الأنواع المتمايزة عن الأنواع الطبيعية الجوهرية لأنّ الأنواع المتمايزة لا تمتلك أسباباً جوهرية (Haslam 2002: 210). وفق هذا التفسير، يمكن أن تجتمع أسباب مختلفة متعددة معاً لإنتاج مجموعة مميزة من الأعراض؛ ليس هنالك حاجة إلى أن يتواجد سببٌ واحد. ثالثاً، يوجز هاسلام الأنواع الضبابية التي تفتقر إلى الحدود المتمايزة للأنواع المتمايزة. ليس هنالك ترسيم طبيعي قاطع بين أين تبدأ الأنواع الضبابية وأين تنتهي. على الرغم من أنّ هنالك اختلاف بين بعض الأفراد الذين لديهم أنواع ضبابية وبين بعض الأفراد الذين يفتقرون إلى تلك الأنواع الضبابية، إلا أنّ هنالك أيضاً حالاتٍ لا يمتلك فيها الأفراد إلا بعضاً من أعراض التشخيص الطبي النفسي أي يمتلكون النوع الضبابي إلى حدٍ ما ولا يمتلكونه إلى حدٍ ما (Haslam 2002: 208). إضافة إلى ذلك، يفتقرون أيضاً إلى الأسباب الجوهرية. أخيراً، يوجز هاسلام الأنواع العملية حيث لا تكون هنالك حدود في العالم بين مَن لديهم التشخيص الطبي النفسي ومَن ليس لديهم. بدلاً من ذلك، يتم "فرض الحدود لأسباب عملية (بدلاً من كونها) مكتشفة لأنها

تتواجد في بعض الجوانب بموضوعية" (Haslam 2002: 2014). رُغمَ أنه يتم فصل الأشخاص الذين يمتلكون النوع الضبابي المعيّن عن أولئك الذين لا يمتلكونه (حتى لو كان هناك أشخاص يمتلكونه بشكل جزئي)، إلا أنه مع الأنواع العملية ليس هنالك فصلاً واضحاً بين أي شخص لديه نوع عملي وأي شخص لا يمتلكه. يتم تحديد أين يبدأ النوع العملي المعين وأين ينتهي بواسطة الأطباء النفسيين بدلاً من أن يتم تحديده بواسطة العالم.

بعد تتبّع ضروب الأنواع الأربعة المختلفة لهاسلام، من الواضح أنّ التشخيص الطبي النفسي يمكن أن يأتي في أشكال عديدة. أي من هذه الأشكال يُعتبر واقعياً؟ يختلف الفلاسفة بشأن هذه المسألة. سأنظر في تفسيرين واقعيين مختلفين للأنواع الطبيعية يقدّمهما فلاسفة العلم وأطابقهما مع ضروب الأنواع الأربعة المختلفة لهاسلام. طوّر Brian Ellis مفهوماً عن الأنواع الطبيعية سماه الماهوية العلمية (Ellis 2001: 22). وفقاً لـ Ellis، هنالك كيانات تتشكّل بشكل طبيعي في العالم وتمتلك خصائص جوهرية. جميع حالات الكيان المعيَّن تمتلك نفس الخصائص لذا ستكون متطابقة مع بعضها البعض. إضافة إلى ذلك، بما أنّ الخصائص الجوهرية للكيان الواحد تختلف عن الخصائص الجوهرية للكيان الآخر، فإنّ هذين الكيانين يشكّلان ترسيماً طبيعياً في العالم. هذا هو بشكل تقريبي مفهوم هاسلام عن الأنواع الطبيعية الجوهرية. اتخّذ الطبيبان النفسيان المطّلعان فلسفياً روبرت كيندل وآسين جابلنسكي موقفاً مشابهاً تماماً، مجادلين بأنّ التشخيصات الطبية النفسية الصحيحة تمتلك آليات بيولوجية ضرورية وكافية، آلياتٍ دائماً ما تكون حاضرة في ذلك الاعتلال وغير حاضرة في الاعتلال الآخر. أي تشخيص طبي نفسي لا يستوفي هذه المعايير سيكون تعسفي (Kendell & Jablensky 2003: 9). تُعدّ متلازمة داون واحدة من التشخيصات الطبية النفسية القليلة التي تلائم الأنواع الطبيعية الجوهرية، فكل شخص مصاب بمتلازمة داون يمتلك سبباً أساسياً محدداً وكل شخص غير مصاب بمتلازمة داون يفتقر إلى ذلك السبب الأساسي المحدد.

يوظّف التفسير الواقعي الأكثر شهرة للأنواع الطبيعية في فلسفة الطب

النفسي مقاربة النوع ذي التجمّع الاستتبابي لريتشارد بويد. في هذا التفسير، هنالك آليات سببية في الطبيعة تُنتج مجموعات تجمّعية من الخصائص. يتم تحديد "التعريف الطبيعي لأحد الأنواع ذات التجمّع الاستتبابي الخاصية بواسطة الأعضاء ذوي تجمّع الخصائص الحادثة بشكل-مشترك في الغالب وبواسطة الآليات ('الاستتبابية') التي تسبِّب حدوثها-المشترك" (Boyd 1991: 141). يختلف هذا الموقف عن الماهوية العلمية لـ Ellis لسببين. الأول، ليس هنالك شرط مفاده أنّ الآليات الاستتبابية هي جوهرية. إذ لن تكون كل آلية حاضرة في جميع حالات الاضطراب. الثاني، لا يلزم أن تتشكّل الخصائص التي تُنتجها هذه الآليات في حُزم متمايزة. ستكون بعض الأنواع ذات التجمّع الاستتبابي الخاصية منفصلة بشكل قاطع عن الأنواع ذات التجمّع الاستتبابي الخاصية الأخرى، ولكن لن تكون جميعها منفصلة. يتلاءم تفسير بويد مع تفسير هاسلام للأنواع المتمايزة والأنواع الضبابية. يمكن للآليات الاستتبابية أن تُنتِج تجمعات من الأعراض تكون مترابطة بشكل وثيق، والأعراض إما تكون حاضرة أو غائبة في الفرد، وبذلك تُنتج أنواعاً متمايزة. على أية حال، تُنتج الآليات الاستتبابية في بعض الأحيان تجمّعات من الأعراض التي تحدث سويةً بشكل فضفاض وغير منتظم إلى حد كبير، وتكون الأعراض حاضرة جزئياً فحسب في بعض الأفراد، وبذلك تُنتج أنواعاً ضبابية. يوظّف العديد من فلاسفة الطب النفسي تفسير بويد للأنواع الطبيعية (Beebee & Sabbarton-Leary 2010; Kendler et al. 2011; Murphy 2014; Tsou 2016).

سأجمع الآن بين ضروب الأنواع الأربعة لهاسلام مع هذين المفهومين الواقعيين للأنواع. تتناسب الأنواع الطبيعية الجوهرية لهاسلام مع الماهوية العلمية لـ Ellis، مما يوفّر موقفاً ماهوياً واقعياً. يُعدّ ذلك واقعياً لأنّ العالم يحدد كيف تسير مجموعات الأعراض معاً. وتتلاءم الأنواع المتمايزة والانواع الضبابية لهاسلام مع موقف النوع ذي التجمّع الاستتبابي لبويد. يمكن أن يُنظر إلى هذه الأنواع على أنها مواقف واقعية غير ماهوية. على الرغم من أنها ليست موقفاً ماهوياً، إلا أنّ العالم لا يزال يحدد كيف تسير مجموعات الأعراض معاً. عادة

ما يُعتقد أنّ هذا يجعلها واقعية، لكنني سألقي أدناه نظرةً على الحجج التي تتحدى الفهم الواقعي للأنواع المتمايزة والأنواع الضبابية. أخيراً، لا تتناسب الأنواع العملية لهاسلام مع تفسير Ellis ولا مع تفسير بويد. إذ يحدد الأطباء النفسيون، بدلاً من العالم، حدود الأنواع العملية. هذا يعني أنها لا تتناسب مع المقاربتان الأكثر شيوعاً للواقعية المستخدمتان من قِبل فلاسفة الطب النفسي وبالتالي ستُعتبر الأنواع العملية موقفاً لاواقعياً.

تُعتبر الأنواع الطبيعية الجوهرية واقعية والأنواع العملية لاواقعية في ظل المقاربات الأكثر شيوعاً في فلسفة الطب النفسي. فيما يلي أُركّز على الأنواع الأكثر إشكالية أي الضبابية والمتمايزة. سأتناول الحجة التي تقترح أنّ الأنواع الضبابية هي في الحقيقة لاواقعية ومن ثم أتناول حجة أخرى تقترح أنّ كلّاً من الأنواع الضبابية والمتمايزة هي في الحقيقة لاواقعية.

هل التشخيصات الطبية النفسية جزء من البنية الميتافيزيقية للعالم؟

إنّ الأنواع الجوهرية والأنواع المتمايزة لها حدود واضحة مقارنة بالأنواع غير الجوهرية والأنواع غير المتمايزة. الشيء إما أن يكون نوعاً جوهرياً أو نوعاً متمايزاً معيناً أو لا يكون كذلك. لذا، فهما يبدوان جزءاً من البنية الميتافيزيقية للعالم لأنه يبدو أنّ البنية الميتافيزيقية تحدد حدودهما. في المقابل، لا تمتلك الأنواع الضبابية حدوداً متمايزة. ذلك أنه بالنسبة لأي نوع ضبابي معين، سيكون هنالك أفراد هم قطعاً ذلك النوع الضبابي، وأفراد هم قطعاً ليسوا ذلك النوع الضبابي غير أنه هنالك أيضاً أفراد يمثلون ذلك النوع الضبابي بشكل جزئي. يثير هذا خطراً مفاده أنه يتعين على الأطباء النفسيين اتخاذ القرار بشأن من يتم تضمينه في عضوية ذلك النوع الضبابي. وبالتالي، فإنّ حدود النوع الضبابي لا يتم تحديدها ببساطة من خلال البنية الميتافيزيقية بل كذلك عن طريق الأطباء النفسيين. يُعدّ هذا مقلقاً على نحوٍ خاص بالنسبة للأطباء النفسيين الواقعيين إذا كان هاسلام محقاً في زعمه أنّ الأنواع الضبابية أكثر شيوعاً في الطب النفسي

من الأنواع الطبيعية الجوهرية والأنواع المتمايزة (Haslam 2014: 23). هنالك مشكلة ذات صلة هي المراضة المشتركة [co-morbidity]. ويحدث هذا عندما يتم إعطاء الفرد تشخيصات متعددة. يمكن أن يكون هذا الوضع شائعاً للغاية. فعلى سبيل المثال، يستوفي العديد من الأفراد المصابين بالتوحّد معايير تشخيصات أخرى أيضاً. حوالي 45 بالمائة من الأفراد المصابين بالتوحّد يستوفون المعايير السريرية للاكتئاب و40 بالمائة يستوفون المعايير السريرية للقلق. من غير الواضح ما إذا كان هذا يعني أنه يجب إعطاء الفرد ثلاثة تشخيصات مختلفة أم ما إذا كان يجب تشخيصه بالتوحّد فقط لكن يتعين على أعراض التوحّد أن تغطّي أيضاً أعراض الاكتئاب والقلق. يشير هذا إلى أنّ العالَم نفسه لا يحدد حدود التشخيص الطبي النفسي بل بالأحرى يجب على الأطباء النفسيين اتخاذ هذا القرار، مما سيجعل الأنواع الضبابية لاواقعية ميتافيزيقياً.

قد يردّ الواقعي بتبنّي واقعية متعددة. هنالك مجموعات حقيقية من السلوكيات في بنية العالم المستقلة عن العقل. لذلك، فإنّ التشخيص الطبي النفسي الذي يصف ذلك السلوك يصف شيئاً حقيقياً، حتى لو كانت هناك أكثر من طريقة يمكن أن يصف فيها الأطباء النفسيون ذلك السلوك الحقيقي (Cooper 2007: 50). فعلى سبيل المثال، تُعدّ الأعراض المقترنة بالتوحّد حقيقية؛ إذ إضافة إلى ذلك، إنها تجتمع معاً في الواقع. رُغمَ ذلك، لا يزال السؤال مفتوحاً هل يجب على الأطباء النفسيين توظيف التوحّد فقط، أم يجب أن يوظّفوا عوضاً عن ذلك التوحّد ومتلازمة أسبرجر أو يستخدموا التوحّد، أو متلازمة أسبرجر، أو حتى المزيد من الأنواع الفرعية[4]. سيزعم الواقعي أنّ جميع هذه الخيارات هي طُرق لوصف العالم الحقيقي، مما يجعل كل خيار تشخيصاً طبياً نفسياً واقعياً. على أية حال، يُثير هذا مخاوف أنّ التشخيصات الطبية النفسية ليست حقيقية إلا بمعنى فضفاضٍ للغاية. قد يكون السلوك الذي يُظهره المرضى جزءاً من البنية

(4) يعكس هذا المثال الاختلاف بين DSM-IV وDSM-5. ف DSM-IV تضمَّن التشخيصين التوحّد ومتلازمة أسبرجر، في حين دمجَ DSM-5 متلازمة أسبرجر في التوحّد.

الميتافيزيقية للعالم، لكن يبدو أنّ هنالك حاجة لآراء الأطباء النفسيين لصياغة الأنواع الضبابية، مما يعني أنّ تحديد الأنواع الضبابية يتضمن شيئاً أكثر من مجرّد البنية الميتافيزيقية للعالم. يبدو أنّ الأنواع الضبابية تتربّع بين الأنواع الجوهرية والأنواع المتمايزة، التي تمتلك حدوداً واضحة من الأعراض، وبين الأنواع العملية، التي يتم تحديد حدودها بواسطة الأطباء النفسيين بدلاً من العالم. وهذا يترك الوضع الميتافيزيقي للأنواع الضبابية غير واضح.

هل الآليات جزء من البنية الميتافيزيقية للعالم؟

تُعدّ الأنواع الجوهرية واقعية لأنها تمتلك آليات جوهرية أساسية، بمعنى أنّ هناك آلية موجودة في كل حالة من النوع وغير موجودة في موضع آخر. تحت هذه المقاربة، يحدد العالَم حدود الآلية وبالتالي يحدد أيضاً حدود النوع الجوهري. يتم أخذ الأنواع المتمايزة والأنواع الضبابية على أنها حقيقية لأنها تمتلك آليات استتبابية. على أية حال، سأناقش الآن إمكانية تحديد الآليات الاستتبابية ليس بواسطة العالَم بل من خلال وجهات نظر الأطباء النفسيين. وهذا بدوره يعني أنّ الأنواع المتمايزة والأنواع الضبابية يتم تحديدها بواسطة وجهات نظر الأطباء النفسيين بدلاً من العالَم وبالتالي لن تكون واقعية.

قد يتم تحديد الآليات الاستتبابية بناءً على رؤى الأطباء النفسيين بدلاً من البنية الميتافيزيقية للعالَم لأنه يمكن لأسباب متنوعة أن تُنتج الآلية الاستتبابية. فعلى سبيل المثال، يستمر الأنواع [species] في حيازة خصائص متماثلة نسبياً بسبب الآلية الاستتبابية لتبادل الجينات أثناء التزاوج، ومع ذلك، لن تنتقل نفس الجينات بالضبط في كل حالة من التزاوج. لذلك، ستحتوي الآلية الاستتبابية الواحدة، عادات التربية لنوع معين، على الكثير من التنّوع السببي، على وجه التحديد، جينات مختلفة يتم نقلها في أي حالة معينة عند تزاوج حيوانينِ من هذا النوع. نادراً ما يكون فلاسفة الطب النفسي واضحين بشأن درجة التنوّع السببي الذي يمكن أن يكون حاضراً قبل أن تتوقف الآلية الاستتبابية عن كونها محددة

بواسطة البنية الميتافيزيقية للعالم ويتم عوضاً عن ذلك تحديدها بواسطة رؤى الأطباء النفسيين. سأناقش أولاً الأدلة الحالية على التنوّع السببي في الطب النفسي ومن ثم أناقش القضايا الفلسفية التي تثيرها هذه الأدلة.

كتبَ الأطباء النفسيون البارزون ديفيد كوبفر ومايكل فيرست وداريل ريجير أنه "لم يتم العثور على مؤشر مختبري واحد يكون خاصاً بتحديد أيٍ من المتلازمات المعرَّفة بواسطة الـ DSM. لقد أظهرت الدراسات الوبائية والسريرية معدلات مرتفعة جداً من المراضة المشتركة بين الاضطرابات، مما يقوّض فرضية أنّ المتلازمات تمثّل مسببات مستقلة" (Kupfer et al. 2002: xvii). يكتب الطبيب النفسي المطّلع فلسفياً كينيث كندلر أنّ "جيناتنا لا يبدو أنها تقرأ الـ DSM-IV ولا تحترم بشكل خاص الحدود التشخيصية التي يؤسسها" (Kendler 2010: 1291). لقد كشف الطب النفسي عن عدد قليل جداً من الآليات المسؤولة عن التشخيصات المستخدمة حالياً، وتشير الأدلة الطبية النفسية الحديثة إلى أنه قد لا تكون هناك آليات استتبابية أو جوهرية بانتظار أن يتم العثور عليها. والحالات النادرة المتمثلة عن تحديد أسباب بسيطة وكبيرة من غير المرجّح تكرارها (Kendler 2005a: 434). تُعدّ الأسباب الأقوى أسهل إيجاداً، فالجينات، مثلاً، التي تكون الشائعة نسبياً في الأفراد الذين تم تشخيصهم بتشخيص معين تكون أسهل في العثور عليها من الجينات التي تحدث بشكل نادر جدًا داخل ذلك التشخيص (Kendler 2005b: 1247). إضافة إلى ذلك، إنّ التسبيب في الطب النفسي غالباً ما لا يعمل بطريقة سبب واحد نتيجة واحدة. ففي كثير من الأحيان، يمكن أن يؤدي نفس السبب إلى العديد من النتائج المختلفة في حين يمكن أن تؤدي أسباب مختلفة إلى نفس النتيجة.

هل تتوافق مستويات عدم التجانس السببي هذه مع الآليات الاستتبابية أم لا؟ لسوء الحظ، عدد قليل جداً من الفلاسفة يُعرّفون بشكل مفصّل ما يؤلف الآلية الاستتبابية بالضبط. تأمل، على سبيل المثال، في التوحّد الذي يتم ربطه حالياً بمئات الجينات. هل تُعتبر مئات الجينات المحتملة، التي سيوجد البعض

منها فقط في أي شخص متوحّد والكثير منها يمكن العثور عليه في الأشخاص غير المتوحّدين، آلية؟ تركّز المقاربة البديلة للآليات على المسارات التنموية، حيث يمكن للكثير من الأسباب المختلفة (مثل وجود بعض تلك المئات من الجينات المرتبطة بالتوحّد) أن تُفعّل عمليةً ما. هذه العملية ستكون الآلية الاستتبابية التي تُسبِّب التوحّد. لذلك، قد يكون للتشخيص الطبي النفسي آلية استتبابية واحدة تكمن وراءه حتى لو كانت هناك مجموعة هائلة من العوامل السببية التي تحدد ما إذا كانت هذه الآلية الاستتبابية موجودة بالفعل. على أية حال، تشير الأدلة الحالية إلى أنه يمكن للعديد من المسارات السببية المختلفة أن تُنتِج مجموعة من الأعراض. فعلى سبيل المثال، وجد Sun et al. (2010) أربعة وعشرين مساراً سببياً محتملاً يمكن أن يؤدي إلى الفصام. هل هذا يعني أنّ الفصام له أربعة وعشرين آلية مختلفة من النوع ذي التجمّع الاستتبابي وبالتالي يجب فصلها إلى أربعة وعشرين تشخيصاً، أم أنّ كل من هذه المسارات يُعتبر جزءاً من آلية واحدة أكبر من النوع ذي التجمّع الاستتبابي؟ بشكل عام لم يناقش فلاسفة الطب النفسي الذين يلجَؤون إلى آليات النوع التجمّعي هذه المسائل، أما أولئك الذين ناقشوها فغالباً ما يعارضون ذلك.

كل هذا يثير مخاوف من أنّ البنية الميتافيزيقية للواقع في الطب النفسي قد لا تتألف من آليات استتبابية. تُعتبر الأنواع المتمايزة والأنواع الضبابية واقعية لأنها تمتلك آليات حقيقية؛ على أية حال، إذا كانت الآليات الاستتبابية هي أشياء يحددها الأطباء النفسيون، بدلاً من أن توجد في البنية الميتافيزيقية للعالم، فإنّ الأنواع المتمايزة والأنواع الضبابية لن تكون واقعية. إما أن تكون هناك أسباب أقوى بالفعل لم يتم اكتشافها بعد، وإن كان هناك سبب للشك في هذه الإمكانية، أو أنّ الفلاسفة الطب النفسي الواقعيين بحاجة إلى تطوير مواقفهم إذا ما رغبوا في تفادي اللاواقعية الميتافيزيقية.

الواقعية واللاواقعية الإبستميتان

الشاغل الواقعي الثاني هو الواقعية الإبستمية. تشترط الواقعية العلمية أيضاً "**الأطروحة الإبستمية**: إنّ النظريات العلمية الناضجة والناجحة بشكل نسبي تكون مؤكدة على نحوٍ جيد وصحيحة تقريباً عن العالم" (Psillos 2009: 4). تُعدّ هذه أسئلةً إبستمية حول مقدار ما يمكننا معرفته عن البنية الميتافيزيقية للعالم. يعتقد الواقعي الإبستمي أنّ النظريات العلمية تصف بشكل صحيح البنية المستقلة-عن العقل. يعتقد الواقعي الإبستمي أنّ هناك شيئاً يمكن أن تصفه نظرية علمية معينة وأنها تصفه بشكل صحيح. في المقابل، يشكّ اللاواقعي الإبستمي في أن تصف النظريات العلمية العالم بشكل صحيح. قد يكون اللاواقعي الإبستمي واقعياً ميتافيزيقياً، معتقداً أنّ هناك شيئاً يمكن أن تصفه نظرية علمية معينة، لكنه يشكك في أن تصف النظريات العلمية ذلك الجزء من العالم بدقة. فعلى سبيل المثال، قد يعتقد الواقعي الإبستمي في الفيزياء أنّ البنية الميتافيزيقية للعالم تحتوي على جسيمات ويعتقد أنّ نظرياتنا عن الالكترونات تصف بشكل صحيح بعض الجسيمات دون الذرية. في المقابل، قد يقبل اللاواقعي الإبستمي بوجود الجسيمات دون الذرية لكن قد يعتقد أيضاً أنّ نظرياتنا عن الالكترونات لا تصف بشكل دقيق الجسيمات دون الذرية الحقيقية. قد يكون الحال أننا نجمع أنواعاً مختلفة من الجسيمات دون الذرية تحت مسمّى الالكترونات. في الواقع، إنّ الجسيمات دون الذرية مختلفة بالفعل، ولها خصائص مختلفة. لكنّ الفيزيائيين يعتقدون خطأً أنّ جميعها هي نفس الجسيم دون الذري الذي نسميه الالكترون[5].

(5) لاحِظ أنه من الممكن أن تكون لاواقعياً ميتافيزيقياً لكن أيضاً واقعياً إبستمياً. فقد يعتقد الفيلسوف أنه لا توجد بنية صحيحة واحدة لكي يصفها العلم لكن مع ذلك ما يزال يعتقد أنّ النظريات العلمية يمكن تقييمها من جهة مستوى الاعتقاد الذي تستحقه. فعلى سبيل المثال، قد يعتقد الواقعي الإبستمي أنّ النظريات البسيطة أفضل من النظريات المعقدة وبالتالي يستخدم البساطة كمعيار للحكم على أي النظريات تستحق

عادة، تكون الواقعية الإبستمية واللاواقعية الإبستمية محددتا النظرية؛ فالقليل من الفلاسفة يتبنون الواقعية العلمية فيما يخص جميع النظريات العلمية أو يتبنون اللاواقعية فيما يخص جميع النظريات العلمية. تختلف النظريات العلمية الحديثة في مدى كونها تأملية ومدى كونها مدعومة بالأدلة. فالواقعي الإبستمي بشأن تشخيص طبي نفسي معين يعتقد أنه يصف بشكل حقيقي البنية الميتافيزيقية للعالم؛ واللاواقعي الإبستمي بشأن تشخيص معين يشكك في ذلك. وكما هو الحال مع النظريات العلمية، من الممكن أن تكون واقعياً بشأن بعض التشخيصات الطبية النفسية دون غيرها.

لطالما تمتّ دراسة الأسئلة المتعلقة بالواقعية الإبستمية داخل فلسفة العلم. تُعدّ هذه حججاً عامة يمكن تطبيقها على جميع العلوم. وبما أنّ الطب النفسي عادة ما يُعتبر علماً، فسأطبّق هذه الحجج العامة على الطب النفسي. وبعد القيام بذلك، سأنظر في القضايا الإبستمية الخاصة بالطب النفسي.

الحجج الإبستمية في فلسفة العلم

تُعرف الحجة الرئيسية للواقعية العلمية داخل فلسفة العلم بحجة اللامعجزات. تشير هذه الحجة إلى النجاح التنبؤي الذي لا يُصدّق للنظريات العلمية. بعض النظريات العلمية، خاصة في الفيزياء، تكون قادرة على تقديم تنبؤات دقيقة للغاية. تقول الحجة إنّ هنالك طريقين محتملين فقط تكون النظريات العلمية من خلالهما قادرة على تقديم هذه التنبؤات: إما أنّ النظرية تصف العالم بشكل صحيح أو أنّ معجزة قد حدثت. وبما أنّ المعجزات غير مسموح بها في الفلسفة، فإنّ التفسير الوحيد هو أنّ النظريات العلمية تصف

الاعتقاد. يمكن أن يكون واقعياً إبستمياً بشأن النظريات البسيطة فقط لكن مع ذلك، من خلال كونه لاواقعياً ميتافيزيقياً، لا يكون مستعداً للادعاء بأنّ طبيعة الواقع نفسها بسيطة.

العالم بشكل صحيح (أو بشكل صحيح تقريباً). نادراً ما يتمّ تطبيق حجة اللامعجزات في الطب النفسي، بما في ذلك من قِبل فلاسفة الطب النفسي. ليس من السهل تطبيقها في الطب النفسي لأنّ أمثلة المعجزة مثلها مثل التنبؤات تكون نادرة في الطب النفسي. على أية حال، من الممكن تطبيقها في شكلٍ أدنى. إذا اعتُبِر تشخيص طبي نفسي معين ناجحاً فإنه يبدو من المعقول أن نفترض أنّ التشخيص يقدّم على الأقل بعض الادعاءات الدقيقة جزئياً عن العالم. قد يكون التشخيص الطبي النفسي الناجح هو التشخيص الذي يساعد بشكل ملحوظ على التنبؤ بكيف سيتصرّف الأشخاص المشخَّصين ويساعد في فهم سبب قيامهم بذلك. ومع ذلك، من غير الواضح بالضبط ما هي درجة النجاح التي ستكون مطلوبة لكي تعمل الحجة. إضافة إلى ذلك، إذا تمّ اعتبار التشخيص الطبي النفسي ناجحاً فما سيترتّب على ذلك فحسب هو أنه يقدّم بعض الادعاءات الدقيقة جزئياً على الأقل حول العالم لكنّ درجة الدقة الصحيحة لن تكون واضحة.

أُناقش الآن ثلاث حجج لـ اللاواقعية العلمية الموجودة في فلسفة العلوم، بدءاً من الاستقراء-التلوي التشاؤمي. صدّق العلماء على مرّ التاريخ بالنظريات، بناءً في الغالب على أدلة جيدة، التي تبيّن أنها باطلة، مما يشير إلى أنّ الأدلة الجيدة ليست كافية للاعتقاد ونظرياتنا الحالية سيتبيّن بطلانها. تشير التغيرات الماضية والمحتملة في المستقبل إلى أنّ التشخيصات الطبية النفسية الحديثة قائمةٌ على أرض هشة ومن المرجّح أن تتغير. احتمال التخلّي عنها هذا يقوّض التصديق الموثوق بها. إنّ الحجج التي هي على غرار ذلك شائعةٌ في فلسفة الطب النفسي، مع شكاوى منتظمة بأنّ التشخيصات الطبية النفسية دائمة التغيّر. من غير الواضح لماذا تستمر مراجعة التشخيصات الطبية النفسية حتى لو كانت صحيحة بالفعل. هنالك مخاوف من أن تكون هذه التغييرات مدفوعة بالرؤى التعسفية للأطباء النفسيين بدلاً من الأدلة العلمية. إضافة إلى ذلك، قد يعني التقدّم في علم الوراثة وعلم الأعصاب التخلّي عن التشخيصات الرئيسية مثل الفصام والاكتئاب الهوَسي. غالباً ما تؤخذ التغييرات الماضية والمحتملة في المستقبل إلى الإشارة بأنّ التشخيصات الطبية النفسية لا تستحق التصديق.

الحجة الأخرى من فلسفة العلم هي قصور التحديد. وتتمثل عندما تستطيع نظريتان مختلفتان تفسير الأدلة بشكل جيد ومكافئ؛ وبالتالي ليس هنالك تسويغ لتخصيص الاعتقاد بأحدهما دون الأخرى. إذا كانت هناك أكثر من نظرية واحدة تتوافق على نحوٍ مساوٍ مع الأدلة، فإنّ العلماء لا يمكنهم توظيف الأدلة لتحديد النظرية الصحيحة. تُعدّ الحجج ذات الصلة شائعة في فلسفة الطب النفسي، مع الإشارة إلى أنّ التشخيصات الطبية النفسية الحالية ليست سوى طريقة واحدة لتصنيف الأشخاص المعتلين ذهنياً. تكتب ميرفي، "ما هي الأدلة التي نمتلكها على أنّ الممارسة الحالية في فلسفة الطب النفسي تُنتج نتائج جيدة، نتائج لا يمكن مطابقتها عبر علوم تصنيف الأمراض البديلة التي تبدأ من مجموعة مختلفة تماماً من الفروضات؟" (Murphy 2006: 10). يتم أخذ إمكانية بناء تشخيصات طبية نفسية بديلة للإشارة إلى أننا نفتقر إلى مسوغات الاعتقاد بأنّ التشخيصات الطبية النفسية الحالية هي التشخيصات الصحيحة. تُعنى الحجة الثالثة في فلسفة العلم بطبيعة الأدلة–المثقلة بالنظرية. يتمثل هذا عندما تكون الأدلة ذاتها الموظّفة في بناء نظريات علمية تعتمد جزئياً على نظريات علمية، والتي يُحتمل أن تكون خاطئة، ويمكن أن تؤدي إلى نتائج إبستمية سلبية حقيقية. وهذا له أيضاً أوجه تشابه في فلسفة الطب النفسي، حيث يُجادَل على نحوٍ شائع أنّ التشخيصات الطبية النفسية تعتمد بشكل مفرط على نظريات خاطئة. هنالك العديد من المقاربات النظرية المتنافسة للاعتلال الذهني، مثل التحليل النفسي، وعلم النفس المعرفي، وعلم الأعصاب، وعلم الوراثة. لسنا غير متأكدين فحسب من النظرية الصحيحة، بل من المحتمل أنّ العديد منها خاطئ. إذا كان الأمر كذلك، فقد تتسبب النظريات في أن يقدّم الأطباء النفسيون ملاحظات خاطئة، مما يؤثر على النظرية وبالتالي يشوّه الملاحظات المستخدمة في تشكيل التشخيصات. إنّ الاعتماد على نظريات خاطئة يقوّض تصديق التشخيصات الطبية النفسية الموجودة.

أعتقد أنّ أفضل حكم على هذه الحجج هو ما كان من خلال الدراسات

التاريخية. تعتمد قوة الاستقراء-التلوي التشاؤمي على تحديد مدى خضوع التشخيص الطبي النفسي إلى التغيّر في المعايير عبر تاريخه. وأفضل حكم على حجج قصور التحديد هو ما كان من خلال مقارنة التشخيص الحديث بالتشخيصات التاريخية الفعلية التي صمدت أمام اختبار تطبيقها على المرضى الحقيقيين بدلاً من البدائل الافتراضية غير المتطورة. كما إنّ أفضل حكم على حجج الأدلة ذات الطبيعة المثقلة-بالنظرية هو من خلال دراسة ما إذا كان الأطباء النفسيون في الماضي، الذين غالباً ما تمسّكوا بنظريات مختلفة للغاية عن الأطباء النفسيين العصريين، قد أبلغوا عن أعراض مختلفة أو أعراض مجمّعة معاً بطريقة مختلفة.

الحجج الإبستمية في فلسفة الطب النفسي

أتناول الآن الحجج الإبستمية في فلسفة الطب النفسي. وهي الحجج التي تمّت مناقشتها من قِبل فلاسفة الطب النفسي والتي تتعامل مع قضايا خاصة بالطب النفسي بدلاً من كونها حججاً قابلة للتطبيق على جميع العلوم.

هنالك العديد من القضايا الإبستمية حول علم الأعصاب. فعلى سبيل المثال، هنالك مخاوف من أن تكون النظرية السببية السائدة للفصام منذ السبعينات، فرضية الدوبامين، خاطئة ويجب التخلّي عنها. تُعدّ هذه القضايا مهمة لأنّ علم الأعصاب غالباً ما يؤخذ على أنه المكان الأكثر ترجيحاً للعثور على الآليات الكامنة وراء الأنواع الجوهرية، المتمايزة، الضبابية. وهنالك نقاش حول هل علم الأعصاب جاهز للعثور على الآليات الكامنة وراء الاعتلالات الطبية النفسية. إذ يعتقد بعض الفلاسفة أنّ علم الأعصاب جاهزٌ في حين يعتبره البعض الآخر غير متطور بما فيه الكفاية. إضافة إلى ذلك، حتى لو كان متطوراً بما فيه الكفاية، فإنّ توظيف علم الأعصاب لفهم تعددية العوامل السببية سيكون صعباً للغاية، مما يثير مخاوف إبستمية من أنّ الآليات تمّ وصفها بشكل غير صحيح أو أنّ إحدى الآليات تمّ التأكيد عليها بشكل غير واقعي على حساب الآليات الأخرى.

وهنالك الكثير من المخاوف الإبستمية حول مدى جودة وصف الأطباء النفسيين لأعراض المرضى. يقلق الفينومينولوجيون من أنّ الأطباء النفسيين يستخدمون فهماً أساسياً نسبياً للأعراض لا ينقل تعقيد الخبرة الذاتية. كذلك، غالباً ما تكون هناك روابط ضعيفة نسبياً بين الأعراض وعلم الأعصاب الكامن وراءها، لأنّ الأعراض غالباً ما تتضمن عوامل غير علمية عصبية مثل البيئات الاجتماعية. وهذا يُنشئ مشاكل إبستمية حول معرفة الدرجة التي يكون من خلالها الفهم العلمي العصبي أو غير العلمي العصبي مطلوباً.

هنالك أيضاً قضايا إبستمية متعلقة بالاهتمامات غير العلمية التي تؤثر على البحث العلمي. فعلى سبيل المثال، يمكن أن تؤثر صناعة التأمين وشركات صناعة الأدوية على باحثي الطب النفسي لتأويل النتائج عن وعي أو دون وعي بما يناسب مصالحهم بدلاً من وصف العالم فحسب.

اعتقدَ بعض الفلاسفة أنّ المرضى سيستجيبون للأدوية المختلفة لأنّ لديهم آليات أساسية مختلفة، وبالتالي تساعد الاستجابات للأدوية على تحديد المرضى الذين يشتركون في الأسباب الأساسية (Tsou 2012: 546). على أية حال، عادة ما تؤثر الأدوية على الأعراض الفردية فقط وعادة ما تؤثر على الأفراد المشخَّصين بتشخيصات طبية نفسية مختلفة، مما يجعل الأدوية غير موثوق بها من الناحية الإبستمولوجية لتحديد التشخيص الطبي النفسي.

هنالك مخاوف إبستمية من أنّ التشخيص الطبي النفسي يصرف انتباه الطبيب النفسي عن الجوانب الأخرى للمريض. وهنالك مخاوف من أنّ الكثير من الجوانب المهمة التي تؤثر على كيفية تصرّف المرضى، مثل تنشئتهم، وبيئتهم الاجتماعية الاقتصادية، وشخصيتهم يتم إهمالها إلى حدٍ كبير. يمكن أن تسبب هذه العوامل على نحوٍ ملحوظ كَرْباً ذهنياً لكنها لا تُعتبر بالعادة عوامل طبية. على سبيل المثال، إذا اكتئب الشخص بسبب أن لديه مسكناً فقيراً فإن الحل الواضح سيكون بتزويده بمسكن أفضل بدلاً من إرساله إلى الطبيب النفسي. تنشأ

المشاكل الإبستمية عند تجاهل هذه العوامل نتيجة التركيز المفرط على تشخيصهم الطبي النفسي.

وبشكل عام، فإنّ فلاسفة الطب النفسي إجمالاً هم لاواقعيون إبستميون. فهم قلقون بشكل عام من أن تكون التشخيصات الطبية النفسية المستخدمة حالياً معيبة ومن الممكن تحسينها لتصف الواقع بشكل أفضل. ويتفاوتون في الدرجة التي يعتقدون فيها أنّ التشخيص الطبي النفسي بحاجة إلى التعديل، حيث يدعو البعض إلى تغييرات واسعة النطاق والبعض الآخر يدعو إلى المزيد من التغييرات السطحية.

الختام

يريد الأطباء النفسيون تشخيصات طبية نفسية تصف شيئاً حقيقياً بدلاً من شيء في أذهان الأطباء النفسيين. وهذا سيساعد في ضمان أن يصف التشخيص ما يبدو عليه المريض بالفعل ويساعد في تطوير علاجات أفضل.

تمتلك الواقعية مكوّنين، الميتافيزيقي والإبستمي. معظم فلاسفة الطب النفسي واقعيون ميتافيزيقيون، يعتقدون أنّ هناك بنية مستقلة-عن العقل للأنواع الطبيعية يتعين على التشخيص الطبي النفسي وصفها. عادة ما تؤخذ الأنواع الطبيعية على أنها تمتلك حدوداً للأعراض والآليات يتم تحديدها بواسطة العالم. على أية حال، كما جادلتُ، إذا كان الأطباء النفسيون بحاجة إلى أن يختاروا عند ترسيم حدود الأعراض وإذا كان التنوّع السببي الهائل الكامن وراء الطب النفسي يعني أنّ الآليات يتم تحديدها بواسطة الأطباء النفسيين، فإنّ مفاهيم التشخيص الطبي النفسي الواقعية تواجه صعوبات. أخيراً، الكثير من فلاسفة الطب النفسي لاواقعيون إبستميون، يعتقدون أنّ معظم التشخيصات الطبية النفسية المستخدمة حالياً تفشل في وصف العالم بدقة.

إنّ للنقاش الواقعي حول التشخيص الطبي النفسي عواقب مهمة. إذا كانت

الواقعية مسوّغة، فإنّ العالم يحدد بشكل كبير أو بالكامل ما هي التشخيصات الطبية النفسية الصحيحة. في المقابل، إذا كانت اللاواقعية مسوّغة، فإنه يتعين على الأطباء النفسيين تحديد التشخيص الطبي النفسي الذي يجب توظيفه لأنه ليس هنالك مجموعة صحيحة واحدة للتشخيصات الطبية النفسية. إذا كان الأمر كذلك، فإنه يتعين على الأطباء النفسيين أن ينظروا ويناقشوا ما يريدون أن يكون عليه التشخيص الطبي النفسي. على سبيل المثال، يتعين أن يقرروا هل يريدون توظيف الكثير من التشخيصات، كل واحد منها يقدّم وصفاً محدداً بالضبط للمرضى، أم أنهم يريدون توظيف عدد أصغر من التشخيصات، كل واحد منها يكون قابلاً للتطبيق على مجموعة أوسع من الأفراد. وهكذا تستلزم اللاواقعية حول التشخيص الطبي النفسي وجوب أن يكون هناك نقاش حول كيفية صياغة التشخيص الطبي النفسي. لا يجب أن يحدث هذا النقاش إذا كان هناك ما يسوّغ الواقعية الميتافيزيقية والإبستمية حول التشخيص الطبي النفسي، لأن ذلك يعني أنّ الطب النفسي قد وجدَ المجموعة الصحيحة الوحيدة للتشخيص الطبي النفسي.

شكر وتقدير

أودُّ أن أشكر راشيل كوبر، دان ديغرمان، هاين ماونج، موجان ميردامادي، جاين إلويس بيت، ومحررتيّ هذا الكتاب، اللتين قرأتا النُسخ الأولية من هذا الفصل وقدمتا نقداً مفيداً.

Reference

Beebee, H. and Sabbarton-Leary N. (2010), Are Psychiatric Kinds "Real"?, The European Journal of Analytical Philosophy, 6:11-27.

Boyd, R. (1991), Realism, Anti-Foundationalism and the Enthusiasm for Natural Kinds, Philosophical Studies, 61:127-148.

Cooper, R. (2007), Psychiatry and the Philosophy of Science, Stocksfield: Acumen. Ellis, B. (2001), Scientific Essentialism, Cambridge: Cambridge University Press.

Haslam, N. (2002), Kinds of Kinds: A Conceptual Taxonomy of Psychiatry Categories, Philosophy, Psychiatry and Psychology, 9: 203-217.

Haslam, N. (2014), Natural Kinds in Psychiatry: Conceptually Implausible, Empirically Questionable, and Stigmatizing. In Classifying Psychopathology. H. Kincaid, J. A. Sullivan, eds. Cambridge, MA: MIT Press.

Kendell, R., Jablensky, A. (2003), Distinguishing between the Validity and Utility of Psychiatric Diagnosis, American Journal of Psychiatry, 35:9.

Kendler, K. S. (2005a), "A Gene for... ": The Nature of Gene Action in Psychiatric Disorders, American Journal of Psychiatry, 162:1247.

Kendler, K. S. (2005b), Towards a Philosophical Structure for Psychiatry, American Journal of Psychiatry, 162:434.

Kendler, K. S. (2010), Advances in Our Understanding of Genetic Risk Factors for Autism Spectrum Disorders, American Journal of Psychiatr, 167:1291.

Kendlar, K. S., Zachar, P., and Craver, C. (2011), What Kinds of Things Are Psychiatric Disorders?, Psychological Medicine,41: 1143-1150.Kupfer, D. J., First, M. B., and Regier, D. A. (2002), A Research Agenda for DSM-V, Washington, DC: American Psychiatric Association.

Laudan, L. (1981), A Confutation of Convergent Realism, Philosophy of Science, 48:19-49.

Murphy, D. (2006), Psychiatry in the Scientific Image, Cambridge, MA: MIT Press.

Murphy, D. (2014), Natural Kinds in Folk Psychology and in Psychiatry, pp. 105-122. In Classifying Psychopathology. H. Kincaid and J. A. Sullivan, eds. Cambridge, MA: MIT Press.

Psillos, S. (2009), Knowing the Structure of Nature: Essays on Realism and Explanation, Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Sun, J., Jia, P., Fanous, A. H., Van Den Oord, E., Chen, X., Riley, B. P., Amdur, R. L, Kendler, K. S., and Zhao, Z. (2010), Schizophrenia Gene Networks and Pathways and Their Application for Novel Candidate Gene Selection, Plos One, 5:e11351.

Tsou, J. Y. (2016), Natural Kinds, Psychiatric Classification and the History of the DSM, History of Psychiatry, 27:406-424.

Tsou, J. Y. (2012), Intervention, Causal Reasoning, and the Neurobiology of Mental Disorders: Pharmacological Drugs as Experimental Instruments, Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences, 3:542-551.

الفصل الرابع والعشرون

الإبستمولوجيا الاجتماعية والطب النفسي

آنكا بوتر

المقدّمة

باختصار، تُعنى الإبستمولوجيا الاجتماعية بالجوانب الاجتماعية للمعرفة. يمكن رؤيتها على أنها متمِّمة أو مستبدِلة لتقليد الإبستمولوجيا الفردانية الذي ساد الفلسفة الغربية لفترة طويلة. يتعامل التقليد الفرداني هذا مع أسئلة من قبيل كيف نحلّل مفهوم المعرفة (المعروف كلاسيكياً بـ "الاعتقاد الصحيح المسوّغ") وكيف نحدد الشروط التي يكون الفرد بموجبها مسوّغاً في حمل بعض الاعتقادات. في المقابل، تبدأ الإبستمولوجيا الاجتماعية من افتراض أنّ معرفة الفرد وتسويغه لا يجب أن يعاملا بمعزل عن سياقهما الاجتماعي والممارسات الاجتماعية المتضمَّنة في إنتاج وتقييم الادّعاءات المعرفية. لقد كان حقلاً حافلاً في الفلسفة لما يربو عن ثلاثة عقود حتى الآن. هذه الفترة اليافعة هي على المقياس الزمني للفيلسوف، فالمصطلح غطّى مسبقاً مجموعة متنوعة وواسعة من الموضوعات والمقاربات. والكثير من العمل في المجال يعود إلى الإبستمولوجيا العامة، في حين أنّ الفرع القوي الآخر يتعامل مع البحث العلمي كمسعى إبستمي نموذجي وبالتالي يمكن أن يكون موجوداً داخل فلسفة العلم. هذا الفرع الأخير سيؤلّف الجزء الرئيسي من هذا الفصل، لأنه أفضل ما ينطبق على الطب النفسي باعتباره مؤسسة إبستمية[1].

---

(1) يقدّم Goldman & Blanchard (2016) مدخلاً أكثر تفصيلاً للمناقشات الإبستمولوجية

يمكن أن يقال إنّ الإبستمولوجيا الاجتماعية للطب النفسي ما تزال في مهدها، ومع ذلك فإنها واعدة للغاية. والسبب وراء هذه الإمكانات يكمن في الطابع الخاص للطب النفسي وتموقعه الاجتماعي. فبفهمه على أنه مجال طبي يهدف إلى التطبيق في رعاية الصحة العقلية، يكون، أولاً، ذا أهمية عملية عالية. ليس فقط أنه كما هو واضح يوصل العلاج السريري إلى المرضى الذين يعانون من اعتلال ذهني؛ بل أيضاً له أهمية اجتماعية واسعة في التأثير على الرؤية العامة للاعتلال الذهني وكذلك تنظيم الرعاية الصحية والممارسات الإدارية. ثانياً، يتأثر البحث الطبي النفسي بدوره بالجوانب الاجتماعية، فعلى سبيل المثال، ما يتعلق بتمويل الأبحاث، أو صياغة معايير للخبرة والنجاح الإبستمي، أو الفروض الأساسية والقيم المحتملة التي تغذّي أسئلة البحث والمناهج. والجانب الآخر الذي يجب أخذه بعين الاعتبار هو وضع الطب النفسي المثير للجدل غالباً، على المستوى العلمي وكذلك على مستوى التلقّي العام له. إنّ تعقيدات موضوعاته وكذلك تعقيدات المطالب المجتمعية التي يواجهها تفرض تحديات خاصة أمام التنظيم الاجتماعي لإنتاج-المعرفة الطبية النفسية وتطبيقها، مما يجعله مثيراً للاهتمام وحالة مهمة للإبستمولوجيين الاجتماعيين.

فيما يلي، سأقدّم نظرة عامة عن الأسئلة المختلفة التي تمّت مناقشتها في الإبستمولوجيا الاجتماعية وسأذكر ارتباطاتها بالطب النفسي في خضم ذلك. يبدأ قسم "الشهادة= Testimony" مع مسألة المعرفة الشهادية؛ أي المعرفة المستندة إلى المعلومات التي أحصل عليها من الآخرين. ويتناول قسم "القوة الفاعلة" الأسئلة التي تهتم بالطابع الاجتماعي المحتمل لموضوعات المعرفة والإنتاج الكبير القدر من المعرفة (الطبية النفسية) عن طريق المجموعات بدلاً من الأفراد.

الأصيلة. حيث طورا تصنيفاً ثلاثياً للإبستمولوجيا الاجتماعية سأتبعه هنا بشكل تقريبي. على أية حال، تجدر الإشارة إلى أنّ مقالتهما لا تذكر الدور المهم للإبستمولوجيا النسوية في تطوير الإبستمولوجيا الاجتماعية للعلم؛ راجع Anderson (2015)؛ Grasswick (2016) للوقوف على هذا التقاطع.

أما قسم "الموضوعية" فيؤلِّف الجزء الرئيسي من الفصل ويتعامل مع الإبستمولوجيا الاجتماعية للعلم. بعد إيجاز الخلفية التاريخية حول تطورها، سأُعرِّج على الأدوار المختلفة التي يمكن أن تلعبها القيم الاجتماعية في العلم. بعد ذلك، أُقدِّم نماذج مختلفة عن كيفية توحيد الموضوعية العلمية مع الجوانب الاجتماعية للبحث ومن ثمّ أُبيّن كيف ترتبط هذه بالقضايا الحالية في (فلسفة) الطب النفسي، كالتصنيف الطبي النفسي والنقاشات المرتبطة بالمراجعة الأخيرة للدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-5; APA 2013).

الشهادة

لقد تطورت مناقشة حية حول مسألة المعرفة الشهادية. وناقشت الإبستمولوجيا التقليدية مصادر المعرفة عند الأفراد (مثل الإدراك الحسي، أو الاستبطان، أو الذاكرة، أو التفكير) وموثوقيتها بتفصيل كبير. ومع ذلك، فإنّ الكثير من معتقداتنا تقوم على المعلومات التي نحصل عليها من الآخرين، مما يخلق سؤالاً حول هل يجب إضافة ذلك إلى قائمة المصادر. فقد جادل ديفيد هيوم، مؤسس الرؤية السائدة تاريخياً عن الاختزالية الشهادية، بأنّ الشهادة لا يمكن أن تُعتبر مصدراً للمعرفة إلا بالمعنى المشتق: رُغمَ أننا غالباً ما نكون مسوَّغين في تصديق ما يُخبرنا به الآخرون، إلا أنّ هذا التسويغ يستند إلى خبرتنا بالحالات السابقة من الشهادة من جهة كونها قابلة للتحقق بواسطة إدراكنا الحسي والمعرفاني (راجع هيوم 1748؛ ريد 1764 للوقوف على موقف معارض معاصر). في المقابل، يعتقد اللااختزاليون أننا مسوَّغون مبدئياً في تصديق شهادة الآخرين.

يؤكد (1992) Coady على أنّ إنكار الشهادة كمصدر اجتماعي أصيل للمعرفة يتركنا مع عدد صغير جداً من الاعتقادات المسوَّغة. فعلى سبيل المثال، يجادل كودي بأنه حتى الاعتقادات القائمة على الإدراكات الحسية الفردية تفترض وجود خلفية معرفية مكتسبة اجتماعياً تغذّي التأويل والتمثيل المفاهيمي لإدراكاتنا

الحسية. على أية حال، من المهم أنّ اللااختزالية لا تعني أنّ المرء يمكنه أن يصدِّق على نحوٍ مسوَّغ كل ما يقوله الآخرون؛ بل، بدلاً من ذلك، ترى أننا مسوَّغون في تصديق شهادة الآخرين في الحالات التي ليس لدينا فيها أية أسباب لعدم تصديقها (Burge 1993). غالباً ما يدور النقاش الحالي حول الشهادة بين هذين القطبين ويهتم بأسئلة من قبيل ما هو نوع الأسباب (مثل، هل هي إبستمية فقط أم أخلاقية أيضاً) التي تتحدّث لصالح المصداقية الشهادية أو ضدها، ما مدى ما تتطلب أن تكون عليه شروط التصديق بالشهادة أو رفضها، وهل يمكن تأسيس أرضية وسط وكيف ذلك (e.g., Fricker 1994; Goldberg 2010; Lackey 2008).

بالإضافة إلى هذه الأسئلة العامة، هنالك مناقشات حول قضايا أكثر تحديداً، مثل الخبرة أو العدالة الشهادية، التي لها صلة كبيرة بفلسفة الطب النفسي. في العديد من السياقات الاجتماعية، يجعل اتخاذ-القرار المستنير من الضروري الاعتماد على شهادة الخبراء، خاصة الخبراء العلميين. فعلى سبيل المثال، قد يتعلق ذلك باستخدام الخبراء الجنائيين في المحاكم، أو الاعتماد على علماء المناخ في صنع السياسة البيئية، أو ببساطة زيارة طبيب الشخص المريض. تنشأ الحاجة إلى شهادة الخبير هذه من الفجوة المعرفية بين الأشخاص العاديين والخبراء، والتي تجعل الاعتماد على شهادة الآخرين هي الاستراتيجية الإبستمية الأفضل. على أية حال، إنّ هذه الفجوة بالتحديد تؤدي كذلك إلى أسئلة صعبة، مثل كيف يمكن للأشخاص العاديين تحديد الخبراء الجديرين بالثقة أو كيفية التعامل مع الخبراء المعارضين (e.g., Goldman 2001; Hardwig 1985; Selinger & Crease 2006). هذا **التعارض بين الخبراء** لا يفرض فقط سؤال شهادة مَنْ يجب تفضيلها وعلى أي أساس، بل الافتقار المستمر إلى الإجماع بين الخبراء يمكن أن يؤدي أيضاً إلى المزيد من عدم الثقة العامة بالخبرة العلمية. في بعض الأحيان، يتم تصنيع هذه المعارضة أو فرضها بشكل متعمّد، كما تُظهر

ذلك الأمثلة من أبحاث التبغ أو علوم المناخ (Oreskes & Conway 2010)[2]. في الطب النفسي، غالباً ما تنشأ خلافات الخبراء من الافتقار الفعلي إلى الإجماع والمعرفة، حيث يتعامل الحقل مع موضوع معقد للغاية ويتضمن العمل تحت نماذج مختلفة (مثل، التحليل النفسي أو الطب النفسي البيولوجي). غالباً ما يصاحب خلاف الخبراء هذا نزاعات عامة حول هل الحالات مثل ADHD هي اضطرابات حقيقية من الأساس، أم أنّ الفهم الأفضل لها هو اعتبارها ضمن مجموعة من التباينات الطبيعية للسلوك البشري. مثل هذه القضايا تُعدّ ملحة على نحوٍ خاص في الطب النفسي بسبب الآثار الاجتماعية والأخلاقية المترتبة على التشخيص بالاعتلال الذهني. في حين أنّ التشخيص بطبيعة الحال يمكن أن يكون مفيداً بمقدار ما يُتيح الوصول إلى الرعاية الصحية والعلاج وربما التعويض، إلا أنّ هنالك مخاوف واسعة النطاق حول الاستطباب المبالغ فيه، وعلى وجه الخصوص، الجانب الصيدلاني في عالم الطب النفسي (راجع، مثلاً، Conrad & Potter 2000؛ Lane 2007). حيث يرتبط هذا بشكل وثيق بالشكوكية وعدم الثقة بشهادة الخبير بسبب العلاقات المالية مع شركات الأدوية (e.g., Cosgrove et al. 2006; Cosgrove & Krimsky 2012). وبالتالي فإنّ السؤال المهم لفلسفة الطب النفسي هو كيفية التوفيق بين معارضة الخبير والمصداقية العامة (انظر أيضاً قسم "الموضوعية").

أما المسألة الثانية التي لها صلة خاصة بفلسفة الطب النفسي فتدور حول فكرة الظلم الشهادي، المقدّمة من قِبل Fricker (2007) كحالة عن الظلم الإبستمي. حيث تُشير إلى المواقف التي تتلقّى فيها شهادة المتكلم ثقةً أقل وتُنسب لها مصداقية أقل مما تستحقه بسبب التحيزات ضد المجموعة الاجتماعية

(2) هنالك مسار بحثي مهم في الإبستمولوجيا الاجتماعية للعلم ينحصر في علم نشر الجهل [agnotology]، الذي يتعامل مع مثل هذه الأسئلة كاختلاق مصادر متعارضة ومختلفة من الجهل (راجع Proctor & Schiebinger 2006؛ وكذلك Biddle & Leuschner 2015 حول التعارض المفيد إزاء الضار إبستمياً في العلوم).

للمتكلم. وبما أنّ تشخيص الاضطراب الذهني (أو حتى المرض الجسدي) لا يزال مصحوباً في الغالب بالوصمة، فإنّ السؤال البحثي الجديد المثير للاهتمام بالنسبة لفلسفة الطب النفسي هو استكشاف العلاقة بين هذه الوصمة والظلم الشهادي (e.g., Carel & Kidd 2014; Crichton et al. 2017). إلى أي مدى وما هي الظروف التي يعاني فيها المرضى المعتلون ذهنياً من عدم الثقة غير المبرّرة هذه في شهادتهم؟ في حالة وجود هذا الظلم الشهادي المرتبط بالمرضى المعتلين ذهنياً، فإنّ السؤال التالي هو كيفية معالجته. تنبني مقاربة Miranda Fricker على قدرة الفرد على التفكير بشكل انتقادي في تحيزاته وأحكامه المسبقة. ونظراً إلى أنّ هذه القدرة غالباً ما تكون محدودة، فقد جادل البعض الآخر بأنه من الضروري التفكير في كيف يمكن دعم أو عرقلة العدالة الشهادية والإبستمية بواسطة البِنى والمؤسسات الاجتماعية (e.g., Anderson 2012) - مما يفتح المجال لتطبيق مهم آخر للإبستمولوجيا الاجتماعية.

القوة الفاعلة [Agency]

بصرف النظر عن المصادر الاجتماعية للمعرفة (والجهل)، تهتم الإبستمولوجيا الاجتماعية بالقضايا المتعلقة بفاعليّ المعرفة. هل هؤلاء هم أفراد دائماً، أم يمكن اعتبار المجموعات الاجتماعية فاعلاتٍ إبستمية أو عقائدية؟[3] على الرغم من أننا غالباً ما نُسند معتقدات إلى المجموعات (مثلاً، في عزو مواقف معينة إلى لجنة أو حزب سياسي)، إلا أنّ التفسير الاختزالي لمعرفة المجموعة سيعتبر ذلك خطاباً مجازياً أو غير دقيق، بحجة أنّ الأفراد هم فقط مَن يمكنهم في الواقع أن يحملوا اعتقادات. في المقابل، يجادل آخرون بأنّ المجموعات هنّ في الواقع العارفات الرئيسيات على الأقل في بعض السياقات

(3) تُشير القوة الفاعلة الإبستمية هنا إلى أي نوع من الأفعال المعرفانية أو المرتبطة-بالمعرفة؛ وتشير "القوة الفاعلة العقائدية "[doxastic agency] بشكل أكثر تحديداً إلى فعل أو حالة الاحتفاظ بالاعتقاد.

(مثل العلوم التجريبية)، وأنّ الافراد يمكنهم أن يحصلوا على المعرفة (العلمية) فقط بحكم كونهم أعضاءً في الجماعة (العلمية) ومشاركون في التفاعلات الجماعية، أو أنّ معايير المعرفة ذاتها تعتمد على المجموعة المختصة (e.g., Kusch 2004; Longino 2002; Nelson 1990).

على أية حال، تُثار أسئلة بشأن الظروف التي يمكن بموجبها إسناد الاعتقادات على نحوٍ صحيح إلى فاعليّ المجموعة. تؤكد **النماذج الإجمالية** على أنه من الممكن قول إنّ المجموعة يمكن أن تحمل اعتقاداً معيناً شريطة أن يحمل جميع أو معظم أعضائها هذا الاعتقاد. يجادل بعض المؤلفين بأنّ هذا الشرط ضئيل للغاية وأنّ عزو معتقدات إلى المجموعة يأتي مع شروط إضافية، مثل أن يُعبّر أعضاء المجموعة عن استعدادهم لنقل ذلك الاعتقاد باعتباره الموقف الرسمي لمجموعتهم (Gilbert 1989; Goldman & Blanchard 2016). والمشكلة الأخرى للنزعة الإجمالية [summativism] هي أننا في بعض الأحيان نُسند الاعتقادات أو المعرفة إلى المجموعات عوضاً عن الأفراد ويرجع سبب ذلك على وجه التحديد إلى أنّ معرفة المجموعة هذه تتجاوز الاعتقادات المتشاطرة بين أعضاء المجموعة. يتم تمثيل هذه الحالات بواسطة **النماذج التوزيعية** للقوة الفاعلة المعرفانية (Bird 2014)، التي غالباً ما تهتم بالمجموعات الساعية وراء الأهداف الإبستمية التي بسبب تعقيدها تتطلب تقسيم العمل المعرفاني، لأنّ الدرجة العالية من التعقيد يمكن أن تجعل من المستحيل على شخص واحد أن يعرف عن جميع القضايا ذات الصلة وبالتالي يعتقد بها[4].

---

(4) علاوة على ذلك، تؤدي الحالات التي لا يتشاطر فيها أعضاء المجموعة مجموعة الاعتقادات إلى مشاكل فيما يتعلق بتجميع الاعتقادات. فعلى سبيل المثال، قد يكون الحال أنه بالرغم من أنّ المواقف المختلفة في المجموعة تتكوّن كل منها من مجموعات فرعية متماسكة من الاعتقادات، إلا أنّ الإجمال البسيط للاعتقادات الفردية المضمَّنة في تلك المجموعات الفرعية قد يؤدي إلى إسناد موقف غير متماسك إلى المجموعة (List & Pettit 2002).

يُعد البحث العلمي مثالاً على هذه المساعي الإبستمية المعتمِدة على تقسيم العمل، خاصة في الحالات التي يُنجز فيها البحث بواسطة مجموعات كبيرة أو لا يمكن إنجازه إلا من خلال تكنولوجيا مركّزة-المعرفة. إنّ توليد المعرفة بواسطة هذه المجموعات لا يتطلب أن يتشاطر كل المشاركين جميع الاعتقادات المعنية، أو أن يكونوا على دراية بها حتى؛ بدلاً من ذلك، يتطلب أن تكون هناك آليات لتوزيع المهام الفرعية على المشاركين من ذوي الخبرة الخاصة. ومن الحالات المثيرة للاهتمام على نحوٍ خاص في هذا الصدد هي حالات البحث المتعدد التخصصات، لأنّ هذه قد لا تتأتى إلا من خلال مجالات مختلفة من الخبرة تكمّل بعضها البعض، بل قد تتميز أيضاً باختلافات في الفروض الأساسية أو معايير الجودة الإبستمية والمنهجية (e.g., Andersen & Wagenknecht 2013).

في حين أنّ الأسئلة الأنطولوجية العامة المتعلقة بالقوة الفاعلة للمجموعة قد لا تكون لها صلة خاصة بفلسفة الطب النفسي، إلا أنّ إبستمولوجيا المجموعات البحثية لها صلة بالتأكيد. إضافة إلى ذلك، يتطلب البحث الطبي النفسي تعاوناً متعدد التخصصات، ولا يزال الطب النفسي يتميز بوجود بارادايمات مختلفة في البحث والعلاج. يثير التعاون الإبستمي الناجح في مثل هذه السياقات المعقدة مسألة كيفية تنسيقها على أفضل وجه وكيفية التعامل مع التعددية المعيّنة في الحقل، خاصة إزاء المهام المشتركة مثل التصنيف الطبي النفسي. علاوة على ذلك، غالباً ما يتطلب إنجاز هذه المهمة التطبيقية بناء إجماع مرجعي رُغمَ وجود المعارضة العلمية أو عدم اليقين. إنّ إجراءات بناء هذا الإجماع هي أيضاً موضوع إبستمولوجي-اجتماعي مثمر للغاية، حيث ترتبط بالعمل العلمي الاجتماعي حول المخاطر المحتملة للمداولات الجماعية، مثل التفكير الجماعي أو تهميش الأصوات المعارضة (تقدّم Solomon (2015a) سرداً غنياً عن إجراءات ووظائف هذه العمليات في مؤتمرات إجماع NIH؛ وتطبّق Solomon & Kendler (2016) ذلك على دور الإجماع المرجعي في التصنيف الطبي النفسي).

الموضوعية

تطور الإبستمولوجيا الاجتماعية للعلم

العلم هو مشروع إبستمي بارادايمي، يهدف إلى الإنتاج المنهجي للمعرفة. وهو أيضاً اجتماعي على نحوٍ مميز: يعتمد وجوده ذاته على شروط مثل وجود التمويل وبعض المؤسسات الأكاديمية والتعليمية، وكذلك الحرية السياسية للنقد، والمناقشة، ونشر نتائج الأبحاث. والعلماء أنفسهم هم كائنات اجتماعية تتموضع في سياق اجتماعي واقتصادي وسياسي وثقافي معين يؤثر على دوافعهم وافتراضاتهم الخلفية. إنّ جانب كبير من العلم الحديث لا يتم إنجازه بواسطة علماء فرديين، بل من خلال مجموعات بحثية من مختلف الأحجام تتعاون وتُقسّم العمل الإبستمي. ومع ذلك، فإنّ فلسفة العلم (مثل الإبستمولوجيا) قد استبعَدت لفترة طويلة الجوانب الاجتماعية للبحث من اعتباراتها. يمكن العثور على سبب ذلك في القياس المعياري للعلم الجيد، أو **الموضوعية**، باعتباره يتطلب إقصاء الآثار الاجتماعية (خاصة الأحكام المتأثرة بالقيم) عن النتائج العلمية. علاوة على ذلك، كان يُعتقد أنّ هذا الإقصاء يمكن تحقيقه من خلال الالتزام بمناهج يمكن، على الأقل من حيث المبدأ، تنفيذها بواسطة الأفراد.

رُغمّ أنه كان واضحاً دائماً أنّ العلم لا يحدث في فراغ اجتماعي، إلا أنّ فلسفة العلم، منذ بدايتها كتخصص فرعي مؤسساتي في بداية القرن العشرين، تأسست على إطار معين يكفل النطاق الإبستمي باعتباره موضوعها المستقل. يشرح Reichenbach (1938) هذا الاستقلال من خلال التمييز بين سياقات الاكتشاف والتسويغ (غالباً ما يتم استكماله الآن بالتطبيق؛ راجع أيضاً Schickore & Steinle (2006) حول تاريخ وصحة تمييز السياق). يرتبط هذا التمييز بالنموذج الاستنتاجي-الافتراضي للاختبار العلمي: وفقاً لذلك، يتم إنشاء الأفكار والفرضيات في عملية يمكن أن تكون إبداعية للغاية وكذلك متأثرة بالتحيزات أو القيم السياسية. على أية حال، في الخطوة الثانية، يتم اختبار الفرضيات تجريبياً.

وتكون نتيجة هذا الاختبار مسوّغة فقط إذا كانت مستقلة عن جميع الجوانب الاجتماعية وأحكام القيم التي تظهر في سياق الاكتشاف. علاوة على ذلك، يمكن وضع هذه النتائج في الاستعمال العملي في سياق التطبيق، الأمر الذي يتطلب قرارات غالباً ما تكون مسبوقة بالمصالح والقيم الأخلاقية، أو السياسية، أو الاقتصادية. مرة أخرى، من المفترض أنّ هذه لا تؤثر على سياق التسويغ؛ ما إذا قررنا اتخاذ تدابير معينة ضد الاحتباس الحراري، على سبيل المثال، ليس لها أي تأثير إبستمولوجي على ما إذا كانت الفرضيات المتعلقة بأسباب تغيّر المناخ مسوَّغة. وفق هذه الرؤية، تكون الجوانب الإبستمية الداخلية للبحث العلمي مستقلة بالقوة والفعل عن جوانبها الاجتماعية الخارجية (راجع مثلاً، Koertge 2000). بناءً على ذلك، تكون الفلسفة النظرية للعلم مهتمة بالإبستمولوجيا حصراً وبالتالي بسياق التسويغ، في حين أنّ الموضوع المناسب لأي دراسة علمية تاريخية أو اجتماعية بيولوجية يمكن العثور عليه في سياقات الاكتشاف أو التطبيق.

على أية حال، إنّ هذا الاستقلال المزعوم للجوانب الإبستمية والاجتماعية للعلم واجه مشاكل خطيرة. فمن جانب، هنالك نقاط منهجية ضد النموذج التبسيطي المفرط للتسويغ والاختبار العلمي المبني عليه. والمهم هنا هو الحجج التي تستند إلى أطروحة **قصور تحديد النظرية من خلال الأدلة**، التي ترى أنّ الدليل التجريبي غير كاف (غالباً أو من حيث المبدأ) لتقرير بشكل لا لبس فيه قبول أو رفض الفرضية. يُشير **قصور التحديد الكليّاني** إلى فكرة أننا لا يمكننا أن نواجه الفرضيات الفردية مباشرةً بالبيانات التجريبية، لأنّ هذه الفرضيات دائماً ما تكون واقعة في شبكة معقدة من الافتراضات الأخرى (مثل، حول طُرق وأدوات القياس). حتى لو كانت البيانات لا تُناسب الفرضية قيد الاختبار، فقد يكون الخطأ واقعاً في مكان آخر ويمكن حفظ الفرضية من خلال إعادة بناء الأجزاء الأخرى لشبكتنا النظرية أو تغيير أدوات القياس. ينحصر قصور التحديد المتباين في فكرة أنّ التلاؤم بين البيانات التجريبية والفرضية لا يمكن أن يُثبت الأخيرة

أيضاً، لأنّ نفس البيانات قد تكون أيضاً (من حيث المبدأ) قابلة للتفسير بواسطة نظريات أخرى (Duhem 1906; Quine 1951)[5]. ومن جانب آخر، متابعةً لعمل توماس كون والآخرين، يُلقي الاهتمام الأكبر بالممارسة العلمية الفعلية في سياقها التاريخي والاجتماعي بظلال الشك على ما إذا كان العلم قد حقق هذا الاستقلال في أي وقت، وكذلك على احتمالية المعايير غير التاريخية للتسويغ (Kuhn 1962).

مهّدت هذه التطورات الطريق أمام زيادة الدراسات السوسيولوجية والتاريخية للعلم التي لم تعد مقيّدة بالاكتشاف والتطبيق بل وسّعت اهتماماتها لتشمل محتويات ومعايير المعرفة العلمية. ومع ذلك، فإنّ الكثير من هذا العمل المبكر في دراسات العلم وكذلك الفلسفة لا يزال مبنياً على افتراض وجود فرق أساسي بين الاجتماعي والإبستمي. لذلك، فإنّ دراسة التأثيرات الاجتماعية على التسويغ غالباً ما كانت تُعتبر فاضحة زيف ادّعاء العلم للموضوعية بواسطة ما بعد الحداثيين، أو البنائيين الاجتماعيين، أو المؤلفين الذين ينتمون إلى **البرنامج القوي في علم اجتماع المعرفة** (Brown 2001; Hess 1997). في المقابل، تهدف الإبستمولوجيا الاجتماعية للعلم إلى دمج الجوانب الإبستمية والاجتماعية ودراسة الظروف المحددة التي يمكن للتأثيرات الاجتماعية على الأبحاث أن تدعم أو تهدد النجاح الإبستمي من خلالها[6].

---

(5) تُعدّ أطروحة قصور التحديد قضية معقدة ومثيرة للجدل؛ ولا ينبغي أن تؤخذ لإثبات أنّ الموضوعية العلمية والعقلانية هما أوهام (كما يحدث في بعض الأحيان)، لأنه قد تكون هنالك عوامل أخرى غير الأدلة التجريبية تبرز في التقييم العقلاني للنظريات، على سبيل المثال، النطاق التفسيري أو الاتساق مع المعرفة الخلفية (راجع Laudan 1990؛ Potter 1996 حول التأويلات المختلفة لقصور التحديد).

(6) خلال ذلك، تمّ ربط هذه التطورات بالمناقشات في الفلسفة النسوية للعلم وتشكيلها من خلالها. تميّز Harding (1986) على نحو مفيد بين ثلاثة أنواع رئيسية: **التجريبية النسوية** وتنتقد المركزية الذكورية أو التحيّز الجنسي في العلم مع الالتزام بمعايير معينة من الموضوعية. **وجهات النظر الإبستمولوجية** وتؤكد على التموضع الاجتماعي لجميع

توسيع نطاق فلسفة العلم

على أية حال، يختلف الإبستمولوجيون الاجتماعيون على نحوٍ ملحوظ فيما يتعلق بسؤال ما مدى عمق التأثير الاجتماعي، خاصة القيم الاجتماعية، أو العمق الذي يجب أن يكون عليه. وفق الطرف الأكثر تحفظاً من الطيف الإبستمولوجي الاجتماعي، هنالك تفسيرات تستمر في اعتبار الموضوعية على أنها افتراض نتائج مستقلة-عن القيم، لكنها تختلف عن فلسفة العلم السائدة في كونها لم تعد تتصور الموضوعية على أنها مكفولة من خلال الطرق العلمية التي تكون من حيث المبدأ قابلة للاستخدام بواسطة الأفراد. بدلاً من ذلك، يجادلون بأنّ الموضوعية والنجاح الإبستمي يتم تعزيزهما من خلال إجراءات مؤسساتية وآليات اجتماعية معينة. فعلى سبيل المثال، أثّرَ العمل المبكر لـ Philip Kitcher على قضايا مثل التقسيم الفعال للعمل الإبستمي أو كيف يُمكّن نظام المكافأة للعلم وتركيزه الخاص على الأولوية من التقدّم العلمي (Kitcher 1993; Goldman 1999).

أما العمل المتأخر لـ Kitcher (2001) فيُعدّ نموذجاً لمسار آخر مهمٍ من التفكير في الإبستمولوجيا الاجتماعية للعلم، ألا وهو ربط فلسفة العلم المعيارية ومُثُل التشاور الديمقراطي. يقدّم كيتشر، هنا، تفسيراً عن كيفية تنظيم اتجاه البحث، وبالتالي توسيع نطاق فلسفة العلم إلى سياق الاكتشاف. تستند فكرته عن **العلم المنظَم-جيداً** (WOS) إلى رفض "أسطورة النقاء" فيما يتعلق بتهيئة-الأجندة العلمية ويقترح إسباغ طابع ديمقراطي عليها. هذا الرفض موجّه ضد الفرضية القائلة إنّ العلم لديه هدف رئيسي واحد، كالسعي وراء الحقيقة. وفقاً لـ كيتشر، يُعدّ هذا الهدف عاماً إلى حدٍ بعيد للغاية ليعمل كمُرشِد هنا: العلم لا يسعى وراء كل الحقائق، بل فقط وراء الحقائق المهمة. على أية حال، يعتمد

المنظورات بالإضافة إلى المعايير العلمية. **النسوية ما بعد الحداثية** وتشكك في السلطة الإبستمية للعلم بشكل عام.

تحديد الأهمية على أهداف أكثر خصوصية مرتبطة بالسعي وراء مشاكل معينة (بدلاً من غيرها) وبالتالي يمكن أن يكون مثقلاً-بالقيمة (Kitcher 2001: 63-93).

من الناحية المثالية بالنسبة لكيتشر، يمكن أن تمثّل القرارات المتعلقة باختيار المشاكل (وكذلك المتعلقة بالقيود الأخلاقية على المناهج أو تطبيق النتائج) إجماعاً بين مُمثِّلي المصالح والمجموعات المجتمعية المتنوعة. يتم تصوّر هؤلاء الممثلين على أنهم مشاورون مثاليون، الذين - من خلال تعليمهم بواسطة خبراء محايدين - يكونون قادرين على فهم ومعالجة المعلومات حول الحالة الفنية المتعلقة بمشاكل البحث المختلفة وكذلك احترام مصالح الأطراف الأخرى تماماً مِثلَ مصالحهم الخاصة.

رُغمَ أنّ هذه المثالية قد لا تكون قابلة للتحقق، إلا أنّ كيتشر يعتبرها قادرة على إظهار خطأنا عند ابتعادنا عنها كثيراً (Kitcher 2001: 117-137). فعلى سبيل المثال، يجادل Kitcher & Reiss (2010) بأنّ البحث الطبي البيولوجي الحالي ينحرف بشكل حاد عن هدف العلم المنظّم-جيداً لتعزيز الصالح العام. أولاً، غالباً ما تهدف تهيئة-الأجندة في البحث الطبي (بما في ذلك الطبي النفسي) إلى تحقيق ربح اقتصادي بدلاً من توفير العلاجات عند اشتداد الحاجة إليها، لأنّ الشركات الدوائية تقوم بمعظم تلك الأبحاث. تستثمر هذه الشركات (بشكل طبيعي) في المجالات البحثية التي تشكّل أسواقاً كبرى (مثل، علاجات تساقط الشعر، السمنة، ضعف الانتصاب)، بدلاً من تخصيص أموال بحثية لقضايا مثل الملاريا أو السِل، اللذان يأتيان مع مستوى أعلى من عبء المرض العالمي لكن مع وعدٍ بربح مالي أقل. وفيما يتعلق بالطب النفسي، تمّت المجادلة بأنّ التمويل الخاص أدّى إلى التركيز المبالغ فيه على الحلول الدوائية للاعتلال الذهني على حساب البحث عن ظروفه البيئية والنفسية (Musschenga et al. 2010). ولتقليل هذا الانحراف عن الـ WOS، يعتبر كيتشر وريس أنه من المهم مناقشة الإجراءات السياسية الاجتماعية، مثل مقدار التمويل العام وتوزيعه وكذلك الحوافز التي توفرها بعض الأنظمة للملكية الفكرية وبراءات الاختراع.

ثانياً، عطفاً على النقطة المتعلقة بتهيئة-الأجندة، هنالك نقص في الخبراء المحايدين في البحث الطبي البيولوجي، على سبيل المثال، غالباً ما تُظهِر نتائج البحث وجود تحيّز منهجي لصالح فائدة الشركات المعنية (e.g., Lundh et al. 2015). ولتحسين الموضوعية، تحرّك العديد من المؤلفين إلى ما وراء المستوى الفردي مقترحين معوقات مؤسسية مثل تسجيل جميع الاختبارات السريرية ونشر جميع البيانات المعنية، أو الكشف عن الارتباطات المالية للخبراء، أو الاختبار المستقل للعقاقير الدوائية (e.g., Brown 2008; Jukola 2015; Kitcher & Reiss 2010; Sismondo & Doucet 2010).



العلم والقيم

إنّ التحيّز في نتائج البحوث الدوائية ليس سوى مثال واحد فحسب على تجاوز المصالح الاقتصادية أو الأحكام المتأثرة بالقيمة تهيئة-الأجندة وتدخّلها في التقييم النظري. هنالك قدر كبير من الكتابات حول علاقة الموضوعية والاستقلال-عن القيم في الإبستمولوجيا الاجتماعية، تدور حول عدد من الحجج المتعلقة بأدوار القيم الشرعية أو التي لا مفر منها في العلم.

فعلى سبيل المثال، تمّت المجادلة بأنّ بعض المصطلحات، مثل "الإنتاجية الاقتصادية" أو "الاغتصاب" لا يمكن اختزالها إلى معايير وصفية لا تتأثر بالقيم والمصالح (Dupré 2007). والمثال الجيد من فلسفة الطب النفسي هو فكرة الاضطراب الذهني. بشكل عام، هنالك نقاش واسع حول هل من الممكن تقديم تعريف خالي-القيمة لـ "الصحة" و"المرض". يجادل الطبيعانيون بأنّ هذا يمكن القيام به من خلال معايير الأداء الطبيعي (Boorse 1977)، في حين يرى المعياريون أنّ تحديد نطاق الأداء الطبيعي غالباً ما يتضمن أيضاً أحكاماً متأثرة بالقيمة (e.g., Cooper 2002; Nordenfeldt 1987). إنّ أنجح تفسير للاضطراب الذهني يفسّره من خلال "الاختلال الوظيفي الضار". وفقاً لهذا، لكي تكون الحالة اضطراباً ذهنياً من الضروري أن تتضمن اختلالاً وظيفياً تطورياً – بعض

الآليات الذهنية تُخفق في استدعاء الآثار التي كانت مسؤولة عن انتخابها الطبيعي. على أية حال، لا يكفي هذا الاختلال الوظيفي لحالة الاضطراب إلا إذا تمّ تقيمه أيضاً على أنه ضار في سياق اجتماعي معين (Wakefield 1992). وفقاً لذلك، فإنّ الفصام (أو بالأحرى اضطرابات الطيف الفصامي) قد يُمثّل عبر الثقافات اختلالاً وظيفياً، لكن ليس اضطراباً عند رؤيته كعلامة على قوة روحية، على سبيل المثال[7].

إذا قبلنا أنّ القيم تلعب دوراً في تحديد ما هو الاضطراب الذهني، فإنّ هذا يثير تساؤلات حول كيفية التعامل مع مثل هذه القضايا. تُعدّ الأسئلة حول المرْضنة والاستطباب غير الضروريين وفيرةً في الطب النفسي، خاصة فيما يتعلق بالتصنيفات الطبية النفسية مثل الـ DSM أو ICD. وهذا يوضّح الارتباط المهم بالتفسيرات في الإبستمولوجيا الاجتماعية التي تهدف إلى تحديد طرق الإدارة المثمرة لتأثيرات القيم في العلم.

إلى جانب هذا الإثقال-بالقيمة الدلالي، جادل آخرون بأنّ القيم يمكن أن تؤثر على الافتراضات الأساسية المرتبطة بتأويل البيانات (Longino 1990)، أو على تقييمات السعي وراء جدوى النظريات واختيار النظرية المقارِنة (Bueter 2015; Elliot & Mackaughan 2009; Ohkrulik 1994)، أو على تهيئة معايير الأدلة. ففيما يتعلق بالأخيرة، على سبيل المثال، كانت المحاججة من المجازفات الاستقرائية مؤثرة للغاية. حيث تهتم بالأبحاث مع التطبيقات القابلة للتنبؤ، على سبيل المثال، الاختبارات السريرية حول فعالية بعض مضادات الاكتئاب. إذا تمّ تقييم العقار على أنه فعال، فمن المرجّح أن يتم استخدامه في علاج مرضى الطب النفسي. والآن عند تقيم العقار، يواجه الباحثون نوعين من الاحتمالات

(7) من المهم ملاحظة أنّ عدداً من النقاد يرون دوراً أكبر للقيم في تحديد الاضطرابات الذهنية. على سبيل المثال، يجادل كل من Lilienfeld & Marino (1995) وMurphy & Woolfolk (2000) بأنّ تحليل ويكفيلد يقوم على تفسير تبسيطي للغاية للتطور وبالتالي يُخفق في تأسيس مفهوم خالي-القيمة للاختلال الوظيفي الذهني.

الخاطئة - النتائج الإيجابية الخاطئة، وتفترض أنّ العقار فعال في حين أنه ليس كذلك، أو النتائج السلبية الخاطئة، التي تحكم على العقار أنه غير فعال في حين أنه في الواقع سيكون مفيداً للعديد من الأشخاص. ترى المحاججة من المجازفات الاستقرائية أنّ موازنة هذين النوعين من الاحتمالات الخاطئة تتطلب التعامل مع العواقب العملية المصاحبة وفق الضوابط الأخلاقية. هل الحالة التي هي قيد الاهتمام مدمِّرة للغاية إلى درجة أنّ المرء يجب أن يسعى إلى تجنّب النتائج السلبية الخاطئة، حتى لو كان ذلك يعني تقليل معايير الأدلة المطلوبة للموافقة على العقار؟ أم يجب أن يسعى المرء إلى تجنّب الإيجابيات الخاطئة لأجل تفادي تكاليف وصف دواء لا يعمل للمرضى، على سبيل المثال، من خلال زيادة مستوى الأهمية. رُغمَ أنه من الواضح أنّ الأفضل هو تقليل كلا النوعين من الأخطاء، إلا أنّ الأبحاث العلمية تُعدّ من حيث المبدأ معرّضة للخطأ، مما يجعل من الضروري التفكير في حجم التأكد الذي يجب أن يكون عليه المرء قبل وضع الفرضيات تحت الممارسة، وفي كيفية تحقيق التوازن بين المخاطر المقترنة المختلفة. في ضوء التأثير على مثل هذه القرارات، يقول الكثيرون إنّ الأحكام المتأثرة بالقيمة تؤثر بشكل مشروع على المعايير الإبستمية (e.g., Douglas 2000; Wilholt 2009).

بما أنّ الكثير من الأبحاث الطبية النفسية تهدف إلى التطبيق والعلاج الناجحين، فإنّ هذه الأسئلة لها صلة خاصة هنا. كما أنها ترتبط أيضاً بالقضايا المذكورة أعلاه حول الأبحاث التجارية، لأنّ المخاطر المتضمَّنة، والتوازن المفضّل لاحتمالاتها، غالباً ما تختلف عن وجهة نظر المنتجين (الذين يرغبون في تجنّب فقدان المال بسبب النتائج السلبية الخاطئة) والمستهلكين (الذين قد يكونون أكثر اهتماماً بتجنّب الإيجابيات الخاطئة، خاصة إذا كانت هناك خيارات علاجية أخرى متاحة).

إضفاء الطابع الاجتماعي على الموضوعية وقيمة التعددية

مع أخذ هذه الحجج حول القيم في العلم بالاعتبار، جادلَ بعض الفلاسفة لأجل إعادة النظر في الموضوعية التي لا تفترض الاستقلال-عن القيمة. فعلى نحوٍ بارز، جادلت Helen Longino (1990) لصالح رؤية اجتماعية عن الموضوعية تقوم إلى حد كبير على ميزات المجتمع العلمي. تهدف الموضوعية الاجتماعية إلى جعل تأثيرات-القيمة في العلم مرئية عبر عملية النقد المتبادل. تعتمد خصوبة هذه العملية وقدرتها على إنشاء نتائج جديرة بالثقة على عدد من الشروط المرتبطة بالمجتمع: أولها، إنها تتطلب وجود سُبل معترف بها بالنسبة للانتقادات، مثل المؤتمرات أو المجلات التي يراجعها الأقران. ثانيها، يجب أن تكون هناك استفادة من هذا النقد؛ يجب على المجتمع العلمي الاستجابة إلى الخلاف. ثالثها، يحتاج هذا النقد إلى أساس مشترك في شكل معايير عامة لتقييم النظرية للحقل البحثي المعني (مثل، معايير من الطب القائم على الأدلة). ومع ذلك، فإن هذه المعايير هي أيضاً نتيجة مداولات نقدية وقد تتأثر بالقيم الاجتماعية (Longino 1996). رابعها، يجب أن تتصف العملية النقدية بالمساواة في الحجيّة الفكرية لجميع المشاركين المؤهلين (Longino 1990: 62-83).

تُعدّ النقطة الأخيرة هذه مهمة على نحوٍ خاص لأنّ القيم والتحيزات غالباً ما تمرّ من دون أن يلاحظها أحد إذا كانت متشاطرة بين جميع أعضاء المجتمع العلمي؛ وبالتالي فإنّ الكشف عن تأثيرات القيمة يتم تعزيزه من خلال وجود تعددية في المنظورات النظرية بالإضافة إلى التنوّع في خلفية المشاركين. فعلى سبيل المثال، قد يرافق السياق المتجانس للغاية افتراضات مثقلة-بالقيمة حول المثلية الجنسية تُصبح مترسّخة بشكل غير مرئي في معالجتها باعتبارها اضطراباً ذهنياً، أو قد تؤثر المُثل المعيارية المشتركة للنجاح الأكاديمي على المعايير التشخيصية لـ ADHD (Hawthorne 2010). على أية حال، حتى الالتزام بشروط الموضوعية الاجتماعية لا يمكن أن يضمن نتائج بحثية خالية-القيمة، لأنها قد لا تزال تتأثر بالمعايير المثقلة-بالقيمة التي توجّه تقييم النظرية أو بافتراضات

الخلفية المشتركة في المجتمع. وبالتالي، فإنّ تفسير Longino ليس اجتماعياً فحسب، بل كذلك إجرائي لأنه يُسند الموضوعية في المقام الأول إلى عملية إنتاج المعرفة وسياقها.

على النقيض من ذلك، طوّرت Solomon (2001) نموذجاً أكثر عواقبية للتجريبية الاجتماعية يركّز على نتائج هذه العمليات. تُقدّم سليمان فكرة نواقل القرار [decision vectors] التي توجّه تقييم النظرية وهي على نوعين: نواقل القرار التجريبية، على سبيل المثال، بروز وتوفّر البيانات، ونواقل غير تجريبية. لا تتضمن الأخيرة أحكاماً-قيمية فحسب، بل تشمل أيضاً عوامل أخرى مثل السمات الشخصية (كالمحافظة أو المنافسة)، أو البيئات المؤسسية، أو الحوافز المالية. بدلاً من التركيز على الأفراد، تجادل سليمان بأنّ العقلانية العلمية هي مَهمة توزيع نواقل القرار - أي يجب أن يتم توزيع نواقل القرار التجريبية بما يتناسب مع النجاح التجريبي للنظريات، في حين أنّ نواقل القرار غير التجريبية يجب أن تكون موجودة بأعداد متساوية فيما يتعلق بالنظريات المتنافسة، بحيث توازن بعضها البعض.

ترتبط هذه المناقشات حول الشروط الاجتماعية للموضوعية بشكل كبير بالطب النفسي، خاصة إذا ما قبِل المرء دعوى أنّ الأحكام-القيمية تلعب دوراً مهماً في البحث حول الأمراض النفسية أو تحديد الاضطرابات الذهنية وتصنيفها (المثير للجدل على نحوٍ شائع) (Sadler 2005; Sisti et al. 2013). فعلى سبيل المثال، يجادل Ross (2002) بأنّ تفسير Longino يقدّم مقاربة مثمرة للأسئلة المحيطة بصنع القرار في الـ DSM. على أية حال، يتطلب هذا التطبيق للنماذج الإبستمولوجية الاجتماعية للموضوعية المزيد من العمل حول تشغيلها الملموس في مجال الطب النفسي، ولا سيما التصنيف الطبي النفسي. فعلى سبيل المثال، هل يتم تنظيم عمليات مراجعة الـ DSM حالياً بطريقة تُلبّي متطلبات السُبل العامة للنقد، أم أنّ هنالك نقصاً في الشفافية؟ هل تستجيب فرق عمل الـ DSM بما فيه الكفاية للنقد، وكيف يمكن ضمان ذلك؟ ما هي المعايير المحددة التي يجب أن

توجّه اتخاذ-القرار-في التصنيف، وهل ينبغي لها، على سبيل المثال، أن تمنح امتيازاً للمصححات السابقة أو التنبؤية؟[8].

من الأمور التي لها أهمية خاصة في هذا الصدد هي الشرط الرابع لـ Longino حول المساواة الفكرية في الحجيَّة لجميع المشاركين المؤهلين، لأنه يقود إلى سؤال مَنْ الذي يجب اعتباره مؤهلاً للمشاركة في العملية. على سبيل المثال، تمّ انتقاد عملية المراجعة بسبب ما تعانيه من الافتقار إلى التنوّع التخصصي والامتياز المفرط للطب النفسي (البيولوجي) على حساب وجهات النظر الأخرى من علم النفس أو طب الأطفال (e.g., Sisti & Johnson 2015). يجادل كذلك كل من سيستي وجونسون بأنّ الـ DSM ليس أداة علمية حصراً بل له العديد من التطبيقات العملية، مما يحمل تبعات على الكثير من المكوّنات التي يجب تمثيلها أيضاً في عملية المراجعة (راجع أيضاً Tekin 2014). ومما له أهمية خاصة هنا هو هل ينبغي معاملة المرضى أو المدافعين عن المرضى باعتبارهم مشاركين مؤهلين، وإلى أي حد. فعلى سبيل المثال، جادل Porter (2013) لصالح زيادة مساهمات المريض على أساس فِهم أنّ علم تصنيف الأمراض الطبية النفسية مُثقَل-بالقيمة؛ وبالمثل يتمسّك Sadler & Fulford (2004) بزيادة دمج أصوات المرضى ليكون هناك تحسّن في الإدراك اللاحق الأخلاقي

---

(8) إنّ تقييم صحة الفئات التشخيصية هي قضية معقدة؛ نظراً لعدم قدرتنا على قراءة هذه الفئات من الطبيعة (أو المرضى) بشكل مباشر، يتم بالأحرى تقييم الصلاحية عبر مؤشراتها المختلفة، أو "مصححاتها". تسرد "إرشادات إجراء التغييرات في الـ DSM-V" عدداً من المصححات التي تشكّل مجموعات مختلفة. تتضمن مجموعة المصححات السابقة عوامل مثل "التجمّع العائلي" أو وجود "عوامل خطر بيئية"؛ أما المصححات التنبؤية فتتضمن، على سبيل المثال، "مسار الاعتلال" أو الاستجابة إلى العلاج" (Kendler et al. 2009). قد يتعين موازنة الأهمية الظاهرة لهذه المصححات المختلفة، لأنها لا تنتظم على الدوام؛ فعلى سبيل المثال، إحدى طرق تصنيف الفصام قد تنجح على نحوٍ أفضل عبر التجمّع العائلي، في حين يكون اقتراح آخر أفضل في تنبؤ الاستجابة للعلاج (Kendler 1990).

وكذلك الإبستمي. في الواقع، لقد اتخذ الـ DSM-5 خطوات في هذا الاتجاه، على سبيل المثال، من خلال نشر مقترحات لمراجعة المعايير التشخيصية عبر الإنترنت في عدة مناسبات وطلبَ تعليقات عامة عليها (Regier et al. 2010; Stein & Phillipps 2013). إن المطلوب هو المزيد من العمل هنا حول النماذج المختلفة لدمج المريض (مثل، من خلال التعليقات عبر الإنترنت أو دمج المدافعين عن المرضى في مجموعات العمل أو لُجان المراجعة) وحول كيف يمكنهم تعزيز أو عرقلة الموضوعية (الاجتماعية) (راجع أيضاً Bueter, 2018).

المسألة الأخرى التي أثارتها مؤخراً مريم سليمان هي أنه رُغمَ أنّ دمج تعددية وجهات النظر غالباً ما يكون مثمراً، إلا أنه قد يكون ضاراً في بعض الأحيان أيضاً. إذ تجادل، على نحوِ الخاص، بأنّ المعارضة التي غالباً ما تنتج عن مثل هذه التعددية يمكن أن تكون سيئة في الأبحاث التطبيقية مثل التخصصات الطبية، لأنّ المعارضة هنا تقوّض الحجيّة الطبية وثقة الجمهور (Solomon 2015b). ما يُظهِره هذا هو الحاجة إلى أبحاث مستقبلية حول فوائد ومضار الأشكال المختلفة من التعددية (المنظّمة) في السياقات المحددة مثل التصنيف الطبي النفسي. علاوة على ذلك، عند هذه النقطة، ترتبط الإبستمولوجيا الاجتماعية للتصنيف وعلم الطب النفسي بقضايا تتعلق بمصادر المعرفة وفاعليها: كيف يمكننا تحديد معتمدية الممثلين العاديين وشهاداتهم؟ هل إدراجهم في مراجعات الـ DSM هو مسألة عدالة إبستمية؟ كيف نتعامل مع الخلاف الذي لا يكون بين الخبراء فحسب، بل أيضاً بين الرؤى غير المختصة المختلفة وكذلك بين الخبراء والأشخاص العاديين؟ كيف يمكن تنظيم التواصل في مثل هذه المجموعات المعقدة بكفاءة؟

الختام

إنّ الإبستمولوجيا الاجتماعية هي حقل بحثي فلسفي مزدهر يضم في طياته الكثير للمساهمة في الطب النفسي وفلسفة الطب النفسي والتعلّم منهما. ينطبق

هذا، بشكل خاص، على العلاقة بين الإبستمولوجيا الاجتماعية للعلم والقضايا المتعلقة بالطب النفسي باعتباره تخصّصاً علمياً يتعامل مع موضوع معقد في سياق اجتماعي محدد للغاية. لقد قادَ هذا الموقف الصعب إلى مناقشات وجدالات معتبرة - من الحركة المناهضة للطب النفسي في السبعينات إلى المناقشات الحالية حول التصنيف الطبي النفسي، والاستطباب، ودور الضغوط الدوائية. تميل الكثير من هذه المناقشات إلى التركيز على قضايا مثل "واقعية" الاضطرابات الذهنية، أو صحة الفئات التشخيصية، أو مصداقية النتائج البحثية. يمكن للمقاربة السوسيوإبستمولوجية أن تُكمِّل هذه المناقشات من وجهة نظر إجرائية تنظر في أضرار وفوائد بعض الحوافز والبِنى المؤسسية، وفي شروط المصداقية والثقة وكذلك في التمثيل المناسب لوجهات النظر المختلفة والأدوار (الشرعية وغير الشرعية) للقيم في الطب النفسي.

References

American Psychiatric Association (APA) (2013), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Andersen, H. and Wagenknecht, S. (2013), Epistemic Dependence in Interdisciplinary Groups, Synthese, 190:1881-1898.

Anderson, E. (2012), Epistemic Justice as a Virtue of Social Institutions, Social Epistemology, 26:163-173.

Anderson, E. (2015), Feminist Epistemology and Philosophy of Science. In The Stanford Encyclopedia of Philosophy. Edward N. Zalta, ed. URL = https://plato.stanford.edu/archives/fall2015/entries/feminism-epistemology/Retrieved January 30, 2017.

Biddle, J. and Leuschner, A. (2015), Climate Skepticism and the Manufacture of Doubt: Can Dissent in Science Be Epistemically Detrimental?, European Journal for Philosophy of Science, 5:261-278.

Bird, A. (2014), When Is There a Group That Knows? Distributed Cognition, Scientific Knowledge, and the Social Epistemic Subject, pp. 42-63. In Essays in Collective Epistemology. J. Lackey, ed. New York: Oxford University Press.

Boorse, C. (1977), Health as a Theoretical Concept, Philosophy of Science, 44:542- 573.

Brown, J. R. (2001), Who Rules in Science? An Opiniated Guide to the Wars, Cambridge: Harvard University Press.

Brown, J. R. (2008), The Community of Science, pp. 189-216. In The Challenge of the Social and the Pressure of Practice: Science and Values Revisited. M. Carrier, D. Howard, and J. Kourany, eds. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press.

Bueter, A. (2015), The Irreducibility of Value-Freedom to Theory Assessment, Studies in History and Philosophy of Science, 49:18-26.

Bueter, A. (2018), Public Epistemic Trustworthiness and the Integration of Patients in Psychiatric Classification, Synthese, online first: https://doi.org/10.1007/s11229-01801913-z.

Burge, T. (1993), Content Preservation, Philosophical Review, 102:457-488.

Carel, H. and Kidd, I. J. (2014), Epistemic Injustice in Healthcare: A Philosophical Analysis, Medicine, Health Care, and Philosophy, 17: 529- 540.

Coady, C. A. J. (1992), Testimony, Oxford: Oxford University Press.

Conrad, P. and Potter, D. (2000), From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observations on the Expansion of Medical Categories, Social Problems, 47: 559- 582.

Cooper, R. (2002), Disease, Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences, 33:263-282.

Cosgrove, L. and Krimsky, S. (2012), A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members' Financial Associations with Industry: A Pernicious Problem Persists, PLoS Medicine, 9:3.Cosgrove, L., Krimsky, S., Vijayaraghavan, M., and Schneider, L. (2006), Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry, Psychotherapy and Psychosomatics, 75:154-160.

Crichton, P., Carel, H., and Kidd, I. J. (2017), Epistemic Injustice in Psychiatry, BJPsych Bulletin, 41(2):65-70.

Douglas, H. (2000), Inductive Risk and Values in Science, Philosophy of Science, 67:559-579.

Duhem, P. (1906), The Aim and Structure of Physical Theory, 2nd edition. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Dupré, J. (2007), Fact and Value, pp. 27-41. In Value-Free Science? Ideals and Illusions, J. Dupré, H. Kincaid, and A. Wylie, eds. Oxford: Oxford University Press.

Elliot, K. C. and MacKaughan, D. J. (2009), How Values in Discovery and Pursuit Alter Theory Appraisal, Philosophy of Science, 76 (Proceedings): 598-611.

Fricker, E. (1994), Against Gullibility, pp. 125-161. In Knowing from Words. B. K. Matilal, and A. Chakrabarti, eds. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Fricker, M. (2007), Epistemic Injustice. Power and the Ethics of Knowing, Oxford: Oxford University Press.

Gilbert, M. (1989), On Social Facts New York: Routledge.

Goldberg, S. (2010), Relying on Others: An Essay in Epistemology, Oxford: Oxford University Press.

Goldman, A. I. (1999), Knowledge in a Social World, Oxford: Clarendon Press. Goldman, A. I. (2001), Experts: Which Ones Should You Trust?, Philosophy and Phenomenological Research, 63:85-110.

Goldman, A. I. and Blanchard, T. (2016), Social Epistemology. In The Stanford Encyclo-

pedia of Philosophy. E. N. Zalta, ed. URL=https://plato.stanford.edu/archives/win2016/entries/epistemology-social/Retrieved January 30, 2017.

Grasswick, H. (2016), Feminist Social Epistemology. In The Stanford Encyclopedia of Philosophy. E. N. Zalta, ed. URL= https://plato.stanford.edu/archives/win2016/entries/feminist-social-epistemology/ Retrieved January 30, 2017.

Harding, S. (1986), The Science Question in Feminism, Ithaca, NY: Cornell University Press.

Hardwig J. (1985), Epistemic Dependence, Journal of Philosophy, 82:335-349.

Hawthorne, S. C. C. (2010 Institutionalized Intolerance of ADHD: Sources and Consequences, Hypatia, 25: 504-526.

Hess, D. J. (1997), Science Studies: An Advanced Introduction, New York: New York University Press.

Hume, D. (1748), An Enquiry Concerning Human Understanding. T. Beauchamp, ed. Oxford: Oxford University Press.

Jukola, S. (2015), Meta-Analysis, Ideals of Objectivity, and the Reliability of Medical Knowledge, Science & Technology Studies, 28: 101-120.

Kendler, K. S. (1990), Toward a Scientific Psychiatric Nosology: Strengths and Limitations, Archives of General Psychiatry, 47: 969-973.Kendler, K., Kupfer, D., Narrow, W., Phillips, K., and Fawcett, J. (2009), Guidelines for Making Changes to DSM-V. URL=www.dsm5.org/ProgressReports/Documents£ Guidelines-for-Making-Changes-to-DSM_1.pdf Retrieved September 3, 2014.

Kitcher, P. (1993), The Advancement of Science: Science without Legend, Objectivity without Illusions, New York: Oxford University Press.

Kitcher, P. (2001), Science, Truth, Democracy, Oxford: Oxford University Press.

Kitcher, P. and Reiss, J. (2010), Biomedical Research, Neglected Diseases, and WellOrdered Science, Theoria: An International Journal for Theory, History, and Foundations of Science, 24:263-282.

Koertge, N. (2000), Science, Values, and the Value of Science, Philosophy of Science, 67 (Proceedings):45-57.

Kuhn, T. S. (1962), The Structure of Scientific Revolutions, Chicago, IL: University of Chicago Press.

Kusch, M. (2004), Knowledge by Agreement: The Programme of Communitarian Epistemology, Oxford: Oxford University Press.

Lackey, J. (2008), Learning from Words: Testimony as a Source of Knowledge, Oxford: Oxford University Press.

Lane, C. (2007), Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness, New Haven, CT: Yale University Press.

Laudan, L. (1990), Demystifying Undertermination, pp 276-297. In Scientific Theories. C. W. Savage, ed. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Lilienfeld, S. O. and Marino, L. (1995), Mental Disorder as a Roschian Concept: A Critique of Wakefield's "Harmful Dysfunction" Analysis, Journal of Abnormal Psychology, 104:411-420.

List, C. and Pettit, P. (2002), Aggregating Sets of Judgments: An Impossibility Result, Synthese, 140:207-235.

Longino, H. E. (1990), Science as Social Knowledge: Values and Objectivity in Scientific Inquiry, Princeton, NJ: Princeton University Press.

Longino, H. E. (1996), Cognitive and Non-Cognitive Values in Science: Rethinking the Dichotomy, pp. 39-58. In Feminism, Science, and the Philosophy of Science. L. H. Nelson and J. Nelson, eds. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Longino, H. E. (2002), The Fate of Knowledge, Princeton, NJ: Princeton University Press.

Lundh, A., Sismondo, S., Lexchin, J., Busuioc, O. A., and Bero, L. (2015), Industry Sponsorship and Research Outcome, Cochrane Database of Systematic Reviews, 12.

Murphy, D. and Woolfolk, R. (2000), The Harmful Dysfunction Analysis of Mental Disorder, Philosophy, Psychiatry, and Psychology, 7:241-251.

Musschenga, A., Van Der Steen, W., and Ho, V. (2010), The Business of Drug Research: A Mixed Blessing, pp. 110-131. In The Commodification of Academic Science. H. Radder, ed. Pittsburgh: Pittsburgh University Press.Nelson, L. H. (1990), Who Knows: From Quine to a Feminist Empiricism, Philadelphia, PA: Temple University Press.

Nordenfelt, L. (1987), On the Nature of Health: An Action-Theoretic Approach, Dordrecht: Reidel.

Ohkrulik, K. (1994), Gender and the Biological Sciences, pp 192-208. In Philosophy of Science: The Central Issues. M. Curd and J. A. Cover, eds. New York: Norton 1998.

Oreskes, N. and Conway, E. M. (2010), Merchants of Doubt: How a Handful of Scientists Obscured the Truth on Issues from Tobacco Smoke to Global Warming, London: Bloomsbury.

Porter, D. (2013), Establishing Normative Validity for Scientific Psychiatric Nosology: The Significance of Integrating Patient Perspectives, pp. 63-74. In Making the DSM-5: Concepts and Controversies, Springer: New York.

Potter, E. (1996), Underdetermination Undeterred, pp 121-138. In Feminism, Science, and the Philosophy of Science. L. H. Nelson and J. Nelson, eds. Dordrecht: Kluwer Academic.

Proctor, R. N. and Schiebinger, L., eds. (2006), Agnotology: The Making and Unmaking of Ignorance, Stanford, CA: Stanford University Press.

Quine, W. v. O. (1951), Two Dogmas of Empiricism, pp. 20-46. In From a Logical Point of View, 2nd edition. Cambridge: Harvard University Press.

Regier, D. A., Kuhl, E. A., Kupfer, D. J., and McNulty, J. P. (2010), Patient Involvement in the Development of DSM-V, Psychiatry, 73: 308- 310.

Reichenbach, H. (1938), Experience and Prediction: An Analysis of the Foundations and

Structure of Knowledge, Chicago, IL: Chicago University Press.

Reid, T. (1764), An Inquiry into the Human Mind. D. R. Brooks ed. 1997, Edinburgh: Edinburgh University Press.

Ross, P. A. (2002), Values and Objectivity in Psychiatric Nosology, pp. 45-55. In Descriptions and Prescriptions: Values, Mental Disorders, and the DSMs. J. Z. Sadler, ed. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Sadler, J. Z. (2005), Values and Psychiatric Diagnosis, Oxford: Oxford University Press.

Sadler, J. Z. Fulford, B. (2004), Should Patients and Their Families Contribute to the DSM-5 Process?, Psychiatric Services, 55:133-138.

Schickore, J. and Steinle, F., eds. (2006), Revisiting Discovery and Justification: Historical and Philosophical Perspectives on the Context Distinction, Dordrecht: Springer.

Selinger, E. and Crease, R. P., eds. (2006), The Philosophy of Expertise, New York: Columbia University Press.

Sismondo, S and Doucet, M. (2010), Publication Ethics and the Ghost Management of Medical Publications, Bioethics, 24:273-283.

Sisti, D., and Johnson, R. (2015), Revision and Representation: The Controversial Case of DSM-5, Public Affairs Quarterly, 29:76-108.Sisti, D., Young, M., and Caplan, A. (2013), Defining Mental Illnesses: Can Values and Objectivity Get Along?, BMC Psychiatry, 13:346.

Solomon, M. (2001), Social Empiricism, Cambridge, MA: MIT Press.

Solomon, M. (2015a), Making Medical Knowledge, Oxford: Oxford University Press.

Solomon, M. (2015b), Expert Disagreement and Medical Authority, pp 60-72. In Philosophical Issues in Psychiatry III: The Nature and Sources of Historical Change.

K. Kendler and J. Parnas, eds. Oxford: Oxford University Press. Solomon, M. and Kendler, K. S. (2016), Expert Consensus v. Evidence-Based Approaches in the Revision of the DSM, Psychological Medicine,46:2255-2262.

Stein, D. J. and Phillips, K. A. (2013), Patient Advocacy and DSM-5, BMC Medicine, 11:133.

Tekin, S. (2014), Psychiatric Taxonomy: At the Crossroads of Science and Ethics, Journal of Medical Ethics, 40:513-514.

Wakefield, J. (1992), The Concept of Mental Disorder: On the Boundary between Biological Facts and Social Values, American Psychologist, 47: 373-388.

Wilholt, T. (2009), Bias and Values in Scientific Research, Studies in History and Philosophy of Science, 40:92-101.

أسئلة دراسية

1 - هل الاضطرابات الذهنية حقيقية؟

2 - هل الاضطرابات الذهنية أنواع طبيعية؟

3 - ما هي العدالة الإبستمية في سياق الطب النفسي؟

4 - كيف يمكننا أن نعرف أنّ بعض الأشخاص مصابون باضطرابات ذهنية؟

5 - ما هي معايير الموضوعية في علم الطب النفسي؟

القسم الثامن

فلسفة الطب والطب النفسي

الفصل الخامس والعشرون

وظائف التشخيصات في الطب والطب النفسي

هاني تو مونغ

المقدّمة

تُعتبر التشخيصات أساسية في ممارسة الطب، حيث تقدّم مجموعة متنوعة من الوظائف للأطباء، والمرضى، والمجتمع. فهي تساعد على التواصل، وتفسير الأعراض، والإبلاغ عن التوقعات، وتوجيه التدخّلات العلاجية، وإضفاء الطابع الشرعي على المرض، والسماح بالوصول إلى الموارد. وبقدر ما يكون الطب النفسي هو ذلك التخصص الذي يتم تشكيل ممارسته بواسطة الاتفاقات الطبية، فإنّ تشخيصاته تظهر أحياناً كما لو كانت تخدم نفس الأنواع من الوظائف المتعلقة بالتشخيصات في الطب البدني. ومع ذلك، هنالك مشاكل فلسفية تُلقي بظلال من الشك على ما إذا كانت وظائف التشخيصات الطبية النفسية يمكن اعتبارها من الناحية الشرعية مكافئة لتلك الخاصة بالتشخيصات الطبية. إنّ الهدف من هذا الفصل هو توضيح بعض هذه المشاكل، خاصة المشاكل المفاهيمية والإبستمولوجية المتعلقة بأدوار التشخيصات بوصفها تفسيرات. أبدأ بنظرة عامة عن الوظائف المختلفة التي تقوم بها التشخيصات الطبية عادة، مقترحاً أنّ العديد من هذه الوظائف يتلقّى دعماً تسويغياً من الأدوار التفسيرية للتشخيصات. ومن ثمّ أتناول القضايا المتعلقة بالوظائف الإبستمية للتشخيصات الطبية النفسية وكيف ظهرت هذه القضايا في حجج النقاد البارزين للطب النفسي.

التشخيصات في الطب

ينقسم غرض هذا القسم إلى شطرين. في الشطر الأول، أُقدِّم نظرة عامة عن بعض الوظائف المختلفة التي غالباً ما تؤديها التشخيصات في الممارسة السريرية. ومن ثمَّ، أتناول بشكل أكثر تحديداً الوظيفة التفسيرية وأُجادل بأنه من المهم توفير دعم مسوّغ للوظائف الأخرى للتشخيص. أُركِّز هنا في الغالب على التشخيصات في الطب البدني، التي ستوفِّر نقطة المقارنة لمناقشتي للتشخيصات الطبية النفسية فيما بعد في قسم "المتاعب المصاحبة للطب النفسي".

وظائف التشخيصات الطبية

1) **الفرضية.** عادة ما تبدأ الاستشارة السريرية بين المريض والطبيب بأخذ الطبيب المعلومات التاريخية من المريض لاستيضاح أعراضه أو أعراضها وغيرها من المعلومات ذات الصلة، وفحص المريض لاستنباط العلامات، ومراجعة أي نتائج تحقيق متاحة (Stanley & Campos 2013). في الممارسة، قد يتم حذف خطوة أو أكثر من هذه الخطوات، اعتماداً على السيناريو المحدد. فعلى سبيل المثال، في سيناريو الطوارئ الذي يتضمن فقدان الوعي، لا يكون المريض قادراً على تقديم المعلومات التاريخية، مما يتعين على الفريق السريري الاعتماد على علامات الفحص ونتائج التحقيق لإجراء التشخيص. على النقيض من ذلك، في الممارسة العامة، يتم الإبلاغ عن الكثير من التشخيصات من خلال العلامات والأعراض، من دون الحاجة إلى إجراء الفحوصات المختبرية والإشعاعية. ومع ذلك، بغض النظر عن هذه الاختلافات الطفيفة، فإنّ العملية التشخيصية عادة ما تبدأ بجمع مجموعة مرنة من الأعراض، والعلامات، ونتائج التحقيق، التي يشار إليها من الآن فصاعداً بـ بيانات المريض.

بعد جمع بيانات المريض ودمجها، يتم استنتاج التشخيص من بيانات المريض. يمكن بعد ذلك إجراء المزيد من التحقيقات للحصول على أدلة يمكن أن تدعم أو

تقوّض التشخيص. عادة ما يتم افتراض عدة تشخيصات محتملة في البداية ويتم إجراء المزيد من التقييم للمساعدة في اختيار التشخيص الصحيح من قائمة الاحتمالات، تُعرف هذه الممارسة بالتشخيص التفريقي (Longmore et al. 2014: 13). عندئذ، يعمل التشخيص كفرضية قابلة للاختبار حول حالة المريض المستنيرة ببيانات المريض. في الواقع، علّق عدد من المؤلفين على التشابه بين عملية التشخيص في الطب وتكوين الفرضية في العلم، واعتبروا التشخيصات الطبية تشبه الفرضيات العلمية (Aliseda & Leonides 2013; Stanley & Campos 2013; Willis, Beebee & Lasserson 2013). فعلى سبيل المثال، لقد اقتُرِحَ أنه على الرغم من أنّ شروطها أقل تحكّماً من تلك التي في المختبر، إلا أنّ عملية التشخيص هي "مثال على العلم أثناء العمل" (Willis, Beebee & Lasserson 2013: 501).

2) **التفسير**. لقد رأينا للتو أنّ العملية التشخيصية تشبه تكوين الفرضية العلمية، حيث يتم استنتاج التشخيص من مجموعة من بيانات المريض، تتألف من الأعراض، والعلامات، ونتائج التحقيق. وبالتعاقب، غالباً ما يفسّر التشخيص بيانات المريض. تُعدّ فكرة أنّ التشخيصات في الطب تعمل في الغالب ومن الناحية المثالية كتفسيرات لأعراض المرضى مقبولةً بشكل عام في فلسفة الطب:

> يؤدي الانزعاج بالمريض إلى أن يعتقد أنّ هناك خطباً ما فيه، ويُثار سؤال-لماذا في ذهنه.... يشكو إلى الطبيب هذه الأعراض.... تتطلب جميع هذه المظاهر السريرية (الأعراض، والعلامات، والبيانات المختبرية) تفسيراً من الطبيب، وأخيراً يتم الوصول إلى التشخيص. (Qiu 1989: 199)

> عندما يذهب المريض إلى الطبيب مع مجموعة من الشكاوى والأعراض، فإنّ المهمة الأولى للطبيب هي إجراء تشخيص للمرض يفسّر الأعراض. (Thagard 1999: 20)

> على أية حال، بمجرّد أن تتم صياغة التشخيص، يمكن وصفه تركيبياً، من وجهة نظر إحصائية، باعتباره علاقة بين مجموعة من النتائج (العلامات،

> الأعراض، نتائج الاختبار المعملي) وبعض الحالات المرَضية المعزوّة إلى المريض. ما نوع العلاقة؟ وفقاً للرأي الشائع بين الخبراء في النماذج الحوسبية، تُعبِّر التشخيصات الطبية عن علاقات تفسيرية. (Benzi 2011: 365)

علاوة على ذلك، من المقبول بشكل عام أنّ نوع التفسير هو تفسير سببي بالعادة، حيث يفسِّر التشخيص بيانات المريض من خلال الإشارة إلى سببه:

> إنّ حلّ مشكلة التشخيص السريري يعني أولاً التعرّف على الخلل الوظيفي ومن ثمّ البدء في تتبّع أو تحديد أسبابه. وهكذا فإنّ التشخيص هو تفسير للأداء المضطرب، حيثما أمكن تفسيراً سببياً. (Schwartz & Elstein 2008: 224)
>
> مما هو غير مثير للجدل في الأدبيات الطبية أنّ التشخيص المثالي هو تفسير سببي طبي بيولوجي.... يفترض هذا التشخيص سبباً فيسيولوجياً لمجموعة من العلامات والأعراض الجسدية. (Cournoyea & Kennedy 2014: 928-929)

وهكذا، هنالك علاقة إبستمية ثنائية الاتجاه بين التشخيص وبيانات المريض. يتم استنتاج التشخيص من بيانات المريض وبيانات المريض يتم تفسيرها بواسطة التشخيص. فيما بعد في قسم "لماذا يُعدّ التفسير مهماً"، أُشير إلى أنّ هذه الوظيفة التفسيرية للتشخيص تُعدّ مهمة، لأنها توفّر دعماً تسويغياً لوظائفه الأخرى، مثل التنبؤ والتدخّل.

3) **التنبؤ.** بالإضافة إلى التفسير البَعدي لبيانات المريض، يعمل التشخيص كوظيفة تنبؤية. فالطبيب غالباً ما يكون قادراً على تقديم تنبؤات موثوقة حول النتائج المستقبلية المحتملة للمريض بناءً على التشخيص. وتشمل تنبؤات حول المآل، الذي يتألف من المسار السريري واحتمالية البقاء، وتنبؤات حول المضاعفات المحتملة، وتنبؤات حول الاستجابة للعلاجات. فعلى سبيل المثال، يُنبئ تشخيص التهاب الزائدة الدودية الحاد الطبيب أنه من المرجّح أن تتدهور حالة المريض بسرعة من دون علاج، وأنّ المضاعفات المحتملة هي ثقب الزائدة الدودية، وأنّ الشفاء الجيد من المحتمل ألا يتحقق إلا بعد إزالة الزائدة جراحياً.

وبالتالي، يعمل التشخيص كوظيفة إبستمية لدعم الاستنتاجات بشأن المستقبل.

4) **التدخّل.** مما هو غير المثير للجدل أنّ الوظيفة المهمة للتشخيص هي التدخّل. في الواقع، اقترح المنظرون أنه يجب اعتبار قيمة التشخيص مرتبطة بالأهداف العلاجية للطب. تجادل Caroline Whitbeck بأن التشخيص "يهدف إلى الحصول على أفضل نتيجة طبية للمريض" (Whitbeck 1981: 326)، في حين تُشير Annemarie Jutel (2011: 21) إلى أنّ العملية التشخيصية غالباً ما تكون مدفوعة بهدف التثبّت من المعالجة الصحيحة. وبالتالي، لا يقتصر التشخيص على القيمة الإبستمية فحسب، بل له أيضاً فائدة أداتية في توجيه المعالجة، مما يجعله مكوناً رئيسياً في التفكير العملي في الطب.

كما هو مشار إليه أعلاه، إنّ هذه الوظيفة التدخّلية للتشخيص يتم دعمها عبر وظيفته التنبؤية. يمكن للتشخيص أن يُنبئ عن تنبؤات بشأن الاستجابات المحتملة للعلاجات، وبالتالي يمكنه توجيه عملية صنع القرار العلاجي. فعلى سبيل المثال، يمكن للطبيب أن يتنبأ من التشخيص بالتهاب الزائدة الدودية الحاد أنه من المرجّح أن يتعافى المريض جيداً بعد عملية إزالة الزائدة الدودية، وبالتالي يدعم قرار التدخّل علاجياً بعملية إزالة الزائدة الدودية.

5) **الدلالة.** بالإضافة إلى الوظائف الإبستمية المذكورة أعلاه، يقدّم التشخيص المفترض وظيفة لغوية باعتباره عنواناً دلالياً عن الحالة التي يعاني منها المريض. فهو يشمل مصطلحاً تُفهم منه الإشارة إلى حالة ظرفية واقعية في المريض، مثل التهاب "الزائدة الدودية الحاد" الذي يُشير إلى الظهور السريع لالتهاب الزائدة الدودية. علاوة على ذلك، كما لوحِظ من قِبل الطبيب والمحلل النفسي Michael Balint (1964: 25)، يوفر هذا المصطلح التشخيصي وصفاً اختزالياً مفيداً ينظّم مجموعة متنوعة من السمات السريرية في ظاهرة موحّدة. يُعدّ هذا مهماً لأنه يسهّل التبادلات التواصلية بين الأطباء. من هنا، تُشكّل المصطلحات التشخيصية جزءاً من اللغة المشتركة التي يمكن للأطباء من خلالها نقل المعلومات السريرية بشكل موثوق وموجز إلى بعضهم البعض.

6) **التصنيف.** ترتبط الدلالة بشكل وثيق بالتصنيف. حيث يعني تعيين الحالة بمصطلح محدد تمييزها مفاهيمياً عن الحالات الأخرى. فالتشخيص بـ acute appendicitis يدل على وجه التحديد على التهاب الزائدة الدودية، الذي يُعتبر مميزاً مفاهيمياً وتجريبياً عن، مثلاً، التهاب المرارة أو انسداد الأمعاء. علاوة على ذلك، لا يؤخذ المصطلح التشخيصي للدلالة على مثيل فردي للحالة فحسب، بل يمثّل فئةً معمَّمة. من هنا، فإنّ الحالة المدلَّل عليها بالتشخيص غالباً ما تُعتبر نوعاً قابلاً للتكرار، تكون الحالات الفردية هي علامات [tokens] له (Sadler 2005: 419-420).

بعد ذلك، تحدد المصطلحات التشخيصية الأمراض وتصنّفها إلى فئات مهمة سريرياً. من هنا، كما تزعم Annemarie Jutel، يُعدّ التشخيص "أحد أقوى أدوات التصنيف في الطب" (Jutel 2011: 15). يتجلّى ذلك في التأثيرات العميقة والسائدة لأنظمة التصنيف التشخيصي الرسمية على السياسة العامة، والضمان الصحي، والأبحاث الدوائية (Cooper 2005: 1). هنالك اثنان من أنظمة التصنيف التشخيصي الرسمية الرائدة في الاستخدام الحالي هما التصنيف الدولي للأمراض التابع لمنظّمة الصحة العالمية (ICD)، الآن في طبعته المنقّحة العاشرة (1992)، وفي حقل الطب النفسي، الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية (DSM) التابع لجمعية الطب النفسي الأمريكية، الآن في طبعته الخامسة (2013). على أية حال، حتى خارج التصنيفات الرسمية لـ ICD-10 وDSM-5، تكون الوظائف التصنيفية للتشخيصات متجذّرة بعمق في الممارسة السريرية اليومية. فعلى سبيل المثال، ينظّم **مرجع أوكسفورد للطب السريري** (Longmore et al. 2014)، الذي يُعتبر مصدراً لا غنى عنه لطلاب الطب والأطباء، التشخيصات إلى اضطرابات القلب والأوعية الدموية، واضطرابات الجهاز التنفسي، واضطرابات الجهاز الهضمي، واضطرابات الغدد الصماء، والأمراض المعدية، والأورام، وما إلى ذلك.

7) **المعيارية.** لقد كانت الوظائف التي تمّت مناقشتها حتى الآن وصفية إلى

حدٍ كبير، أي أنها تتعلق بدور التشخيص في استخلاص الحالة الظرفية الواقعية [state of affairs] البيولوجية التي يُفترض أنها جزء من العالم الخارجي، وإن كانت تحدث داخل جسم المريض. ومع ذلك، يمتلك التشخيص كذلك وظيفة معيارية. إنّ إسناد تشخيص ما إلى المريض لا يستخلص حالة ظرفية واقعية فحسب، بل عادة ما يتضمن حكماً تقييمياً مفاده أنّ هذه الحالة الظرفية الواقعية غير طبيعية. وبشكل أكثر تحديداً، عادة ما يُلمّح التشخيص إلى أنّ المريض يعاني من اضطراب طبي. وفقاً لـ Jerome Wakefield (1992)، من المهم أن تُميّز الفئة التشخيصية حالات الاضطراب الحقيقي عن الحالات غير المضطربة، مثل تباينات الحالة الطبيعية، وعن الأصناف الأخرى من المشاكل، مثل المشاكل الاجتماعية والأخلاقية. غالباً ما تُستخدم هذه الوظيفة المعيارية للتشخيص في تقديم تبرير لبعض الوظائف الأخرى للتشخيص. ففيما يتعلق بوظيفة التدخّل، على سبيل المثال، يُنبى الحكم المعياري المتعلق بما إذا كانت حالة مريض اضطراباً أم لا عن القرار بشأن هل التدخّل الطبي مناسب من الأساس.

8) **السيميائية.** حتى الآن، ناقشتُ وظائف التشخيص التي تكون مفيدة للطبيب. على أية حال، يمكن أن يقدّم التشخيص وظيفة للمريض. وبشكل أكثر تحديداً، يعمل بمثابة "وسيط سيميائي"، أو اسم ذي معنى يمكن أن يستخدمه المريض لفهم حالته والتصرّف وفقه (Brinkmann 2014). فعلى سبيل المثال، يمكن للمريض أن يعتبر التشخيص يُضفي شرعية على اعتلاله، وبالتالي التحقق من تجربته الشخصية في الكون عليلاً باعتباره أمراً يستحق أن يؤخذ على محمل الجد. يعتمد هذا على الوظيفة المعيارية للتشخيص المذكورة أعلاه. وبشكل أوسع، يقترح Carl Elliott (1999) أنّ التشخيص يمكن أن يؤثر على السرد الذي يفسّر المرء من خلاله حياته ويشكّل مستقبله. عندما يكون تأثير التشخيص على سرد حياة المرء مهماً، كما هو الحال مع الحالة المزمنة أو غير القابلة للعلاج أو التي يُحتمل أن تكون قاتلة، فإنه يمكنه أن يُعيد تنظيم على نحوٍ عميق إحساس المرء بهويته الشخصية وموقفه تجاه ما هو قيّم في الحياة (Kleinman 1988; Tekin 2011; 2014).

في كثير من الأحيان، يمكن أن تكون الوظيفة السيميائية التي يقدّمها التشخيص مفيدةً للمريض لأنها يمكن أن تُمكِّنه من التخطيط لحياته وفقاً لها. يمكن أن ينطبق هذا حتى لو كان التشخيص عن حالة خطيرة. فعلى سبيل المثال، مرض الكِلى المتعددة الكيسات هو مرض وراثي ذي صبغة جسدية-سائدة يقترن بفشل كلوي تدريجي مع زيادة خطر الإصابة بنزيف تحت العنكبوتي على نحوٍ ملحوظ. يمكن للتشخيص بمرض الكِلى التدريجي أن يُمكِّن المريض من اتخاذ تدابير للسيطرة على ضغط دمه، وحضور فحوصات التصوير العصبي المنتظمة للمسح عن تمدد الأوعية الدموية المخّية، والنظر في احتمالية الحاجة إلى غسيل كِلى في المستقبل، واتخاذ قرار مستنير بشأن التخطيط العائلي في ضوء احتمالية أن يرث أطفاله أو أطفالها المرض.

9) **الاجتماعية.** أخيراً، يعمل التشخيص كإنجاز اجتماعي يؤثر على المواقف والسلوكيات على المستويات الفردية، والمؤسساتية، والثقافية. فعلى المستوى الفردي، يُشير John Sadler (2005: 421-422) إلى أنّ التشخيص يمنح الطبيب امتيازات معينة. قد تتضمن بدء المعالجة الدوائية، أو التدخّل الجراحي، أو العلاج النفسي، أو بعض الاختبارات التدخّلية المحتملة. من هنا، ترتبط الوظيفة الاجتماعية للتشخيص بشكل وثيق بوظيفتيه التدخّلية والمعيارية. وعلى المستوى المؤسسي، يمنح التشخيص المريض الموارد العلاجية والداعمة والمالية التي لم يكن يحق له الحصول عليها من قبل. فعلى سبيل المثال، التشخيص باحتشاء عضل القلب [myocardial infarction] يمنح المريض سريراً في المستشفى، ورعاية تمريضية، وفحوصات مختبرية وإشعاعية، وتدخّلات طبية وجراحية، وإعادة تأهيل، ومتابعة في العيادات الخارجية بعد الخروج إلى المجتمع. وعندما يكون المرض معيقاً ومزمناً على نحوٍ أكثر، يمكن للتشخيص أن يسمح أيضاً بوصول المريض إلى المزيد من الموارد الداعمة والمالية، بما في ذلك الحضور إلى مجموعات الدعم، ومقدّمي الرعاية، واستحقاقات الإعاقة والإقامة المدعومة. وعلى المستوى الثقافي، يُضفي التشخيص شرعيةً على المرض ويعاقب على أنواع معينة من السلوك (Jutel 2011: 7). اقترح عالِم

الاجتماع Talcott Parsons (1951: 436-437) أن يتم دفع المريض إلى "دور العليل"، الذي يمنحه بعض الحقوق والواجبات. فحقوق المريض ألا يجب اعتباره مسؤولاً عن اعتلاله أو إعفائه من بعض التزاماته المعتادة، في حين واجباته هي محاولة التعافي والحصول على الرعاية الطبية المناسبة.

لماذا يُعدّ التفسير مهماً؟

إنّ الوظائف المختلفة التي تمّت مناقشتها في القسم الفرعي "وظائف التشخيص الطبي" تجعل التشخيص مصدراً إبستمياً ثميناً في الممارسة السريرية. في هذا القسم الفرعي الحالي، أُركّز انتباهي بالتحديد على الوظيفة التفسيرية للتشخيص. وأقترح أنّ الوظيفة التفسيرية هذه تُعدّ مهمةً لأنها توفّر دعماً تسويغياً للكثير من الوظائف الأخرى. لا يعني ادعائي أنّ الوظيفة التفسيرية تُعدّ ضرورية لهذه الوظائف الأخرى، بل هو اقتراح أكثر تواضعاً مفاده أنّ هذه الوظائف يتم تعزيزها بواسطة الوظيفة التفسيرية للتشخيص.

هنالك علاقة واضحة بين وظيفة التشخيص كفرضية ووظيفته كتفسير. بشكل عام، عندما نستنتج فرضية من مجموعة من البيانات، نحن نريد من الفرضية أن تُفسِّر البيانات. ينسجم هذا مع فكرة أنّ العملية التشخيصية تتضمن تفكيراً خاطفاً، أو استدلالاً بأفضل تفسير (Aliseda & Leonides 2013; Stanley & Campos 2013). علاوة على ذلك، كما لاحظَ Peter Lipton (2004)، إنّ القوة التفسيرية هي القيمة التي تُستخدم في الحُكم على نوعية الفرضية. من هنا، فإنّ الاعتبارات التفسيرية لا تحفّز وتوجّه العملية الاستدلالية في تكوين الفرضية التشخيصية فحسب، بل يُلجأ إليها في تقييم الفرضية.

إنّ الوظيفة التفسيرية للتشخيص ترتبط بشكل وثيق أيضاً بوظيفتيه الدلالية والتصنيفية. فعندما يعمل التشخيص بمثابة تفسير لبيانات المريض، يقوم بذلك جزئياً من خلال التدليل على نوع من البنية السببية التي يمثّلها المريض الفعلي. على سبيل المثال، يفسّر التشخيص بالتهاب الزائدة الدودية الحاد ألم البطن عند

المريض من خلال التدليل على نوع مرَضي مميز، في هذه الحالة الالتهاب الحاد للزائدة الدودية، يُسبِّب ألم البطن. وعلى العكس من ذلك، تُسوِّغ الاعتبارات التفسيرية السببية جزئياً سبب جعل بعض اقترانات الظواهر السريرية، وليس غيرها، في الفئات التشخيصية وإسناد مصطلحات تشخيصية إليها. وفقاً لـ Neil Williams (2011)، غالباً ما يكون الحال أنه عندما يتم تجميع الظواهر السريرية المتباينة على ما يبدو سويةً ويتم وصفها على أنها فئة مميزة، فذلك لأنّ العلماء والأخصائيين الطبيين يرتبطون بالظواهر السريرية بواسطة تفسير سببي موحّد. في الواقع، يمكن التخلّص من الفئة التشخيصية واستبدالها بفئات أكثر دقة إذا اتضح أنها غير متجانسة للغاية من الناحية السببية لتعمل كتفسير سببي مُرضي، فعلى سبيل المثال تمّ التخلّص من الوَذمة [dropsy= احتباس السوائل في الجسم] والاستعاضة عنها بفئات أكثر دقة عن فشل القلب الاحتقاني، وتليّف الكبد، والمتلازمة الكُلائيّة. من هنا، فإنّ القيمة التفسيرية السببية للفئة التشخيصية تؤثر على أحكامنا حول صحة التصنيف. وكما سنرى في قسم "المتاعب المصاحبة للطب النفسي"، وضوح ذلك في الانتقادات الفلسفية الحديثة للتصنيف التشخيصي في الطب النفسي (Murphy 2006; Poland 2014).

يتم دعم الوظيفتين التنبؤية والتدخّلية للتشخيص عبر وظيفته التفسيرية، خاصة وظيفته التفسيرية السببية. لكي نكون واضحين، لا يعني هذا أنّ التفسير السببي ضروري للتنبؤ أو التدخّل الناجحين. فكما لاحظت Jennifer Radden (2013: 46)، إنّ الفئة التشخيصية التي يتم تحديدها بواسطة تجمّع من الأعراض من دون الإشارة إلى السبب الأساسي لا يزال بإمكانها السماح بتنبؤات احتمالية. قد لا نعرف ما الذي سبَّب هذا التجمّع من الأعراض، لكن يمكننا مع ذلك إجراء استنتاجات استقرائية حول حالات مشابهة بناءً على الاستقراء التعدادي، الذي يمكنه عندئذ أن يُنبئ عن إرشادات العلاج القائمة-على الأدلة. ومع ذلك، تجادل رادن أيضاً بأنّ التشخيص الذي يكون تفسيري يفوق التشخيص الذي يكون وصفي فقط، لأنه يفتح باب الإمكانيات لمزيد من الفرضيات والتدخّلات المستهدفة. يوفّر تفسير سبب امتلاك المريض تجمّعاً معيناً من الأعراض فهماً

للبنية السببية الأساسية، التي يمكنها الإشارة إلى الأهداف المحتملة للتدخّلات العلاجية، ويُغذي القرارات المتعلقة بالمقاربات العلاجية، ويسمح لنا بإجراء استنتاجات تنبؤية تتجاوز الاستقراء التعدادي.

غالباً ما تؤخذ الوظيفة التفسيرية للتشخيص لتسويغ وظيفتيه المعيارية والاجتماعية. فكما لاحظت Annemarie Jutel، "يُفسّر التشخيص أنواعاً معينة من الانحرافات من ناحية المرض بدلاً من ناحية الفشل الأخلاقي" (Jutel 2011: 229). ومن ثمّ يُعتبر هذا في كثير من الأحيان سبباً لإعفاء المريض من بعض المسؤوليات ومنحه حقوقاً معينة وفقاً "للطابع المرَضي" (Parsons 1951). فعلى سبيل المثال، قد يُمنح الطفل الذي تمّ تشخيصه بالزكام غياباً مؤقتاً عن المدرسة، لأنّ فشله في التركيز يُفسَّر على أنه بسبب مشكلة طبية مزعجة ومؤسفة، بدلاً من الرفض المتعمد للمدرسة. علاوة على ذلك، من خلال الإشارة إلى أنّ أعراض المريض هي بسبب نوع معين من الحالات، يمكن للوظيفة التفسيرية للتشخيص أن تدعم حشد الموارد الداعمة والعلاجية للأصناف التي يعتبرها الأطباء وصانعوا السياسة مفيدةً لنوع معين من الحالات.

أخيراً، إنّ وظيفة التشخيص كوسيط سيميائي تعتمد على وظيفته التفسيرية. فجزء من سبب كون التشخيص بمثابة علامة ذات مغزى للمريض هو أنه يؤخذ لتقديم تفسير لسبب معاناته من أعراضه. يشير Kirmayer et al. (2004: 664) إلى أنّ "التفسيرات يمكن أن تقدّم بعضاً من الطمأنينة والدعم، وتعزيز التكيّف والمرونة، والسماح للشخص بالتخطيط بشكل واقعي للمستقبل". وبالمثل، يكتب Winston Chiong (2004: 129) أنّ التشخيص "يمكنه أيضاً أن يكون تفسيراً للمرضى الذين ظهرت عليهم أعراض لكنهم لا يعرفون سببها"، مما "قد يبدو أنه يحل اللغز، ذلك أنه حتى المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة، ومستعصية قد يشعرون بالراحة عندما يتم تشخيصهم". وعليه، فإنّ الوظيفة التفسيرية للتشخيص لا تقتصر على الأهمية الإبستمية والفائدة الأداتية للطبيب فحسب، بل لها أيضاً قيمة جوهرية للمريض.

المتاعب المصاحبة للطب النفسي

بعد أن حددنا أدوار التشخيصات الطبية على أنها تفسيرات سببية للأعراض، أنتقل الآن إلى القضايا المتعلقة بوظائف التشخيصات الطبية النفسية. في القسم الفرعي الأول، سأوضّح كيف يتم تصوير التشخيصات في الطب النفسي في بعض الأحيان أثناء الخطاب السريري كما لو كانت تعمل كتفسيرات سببية بطرق مماثلة للتشخيصات في الطب البدني. وفي القسمين الفرعيين التاليين، أُقدِّم مشكلتين، مستمدتين على التوالي من حجتين لتوماس ساس (Thomas Szasz 1960)، تثيران شكوكاً حول شرعية استدعاء التشخيصات الطبية النفسية كتفسيرات. أُطلِق عليهما على التوالي: المشكلة المفاهيمية والمشكلة الأنطولوجية. أخيراً، أُلقي نظرة على كيفية ظهور هاتين المشكلتين في الانتقادات المعيارية الأحدث للطب النفسي من قِبل ممارسي الصحة العقلية وفلاسفة الطب النفسي. لا أُقدِّم في هذا الفصل حلولاً لهاتين المشكلتين، لأنّ اهتمامي يقتصر هنا على توضيحهما، لكنني قدَّمتُ حلولاً فلسفية للمشكلتين المفاهيمية والأنطولوجية في موضع آخر (Maung 2016a; b).

استعمالات التشخيصات في الخطاب الطبي النفسي

وضحّتُ في القسمين السابقين أنّ التشخيصات الطبية غالباً ما تفسِّر أعراض المريض من خلال الإشارة إلى الظروف الأساسية المسؤولة عن تسبيب الأعراض. في الخطاب السريري، يتم تصوير التشخيصات الطبية النفسية أحياناً كما لو أنها تخدم أيضاً هذه الأدوار التفسيرية السببية. ربما لا يكون هذا مستغرباً، بالنظر إلى الأسس التاريخية والثقافية للطب النفسي باعتباره تخصصاً طبياً. وكما أشارَ Jeffrey Poland (2014)، إنّ الطب النفسي هو ذلك التخصص الذي تحدث ممارسته في سياق تُشكِّله التقاليد الطبية. لذلك، من المفهوم أن يطبّق فيه ممارسوه اتفاقيات ومناهج التخصصات الطبية الأخرى.

يمكن العثور على هذه التصويرات للتشخيصات الطبية النفسية على أنها أسباب أو تفسيرات في الكتب المرجعية السريرية، كما هو موضّح في المقاطع التالية:

إنّ تشخيص اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع لا يكون مضموناً إذا كان من الممكن **تفسير** الأعراض من خلال الفصام، أو الهوس، أو التخلّف الذهني. (Sethi 2008: 109، اللون الغامق ليس في الأصل).

كمثال، فكِّر في التشخيص التفريقي لمريض يعاني من نوبات من القلق وضيق التنفس. غالباً ما تحدث هذه الأعراض **بسبب** اضطراب هلَعي. (Stevens & Rodin 2010: 74، اللون الغامق ليس في الأصل).

يسبّب الاكتئاب والقلق التعب كما تفعل بعض الاضطرابات الجسمانية.... فـ فقر الدم، فشل الكبد، مرض السيلياك [مرض حساسية القمح]، السرطان، مرض باركنسون، الجرعة الزائدة من الكحول، والاضطرابات النادرة مثل الوهن العضلي الوبيل ومرض الخلايا العصبية الحركية يمكنها أيضاً أن **تسبب** التعب. (Wright, Dave & Dogra 2010: 152، اللون الغامق ليس في الأصل)

وبالمثل، يُدرج **الدليل إلى الفحص الطبي النفسي** الفصام، والهوس، والاكتئاب إلى جانب الخرف والحالات الطبية باعتبارها "أسباباً مشتركة للذهان" (Aquilina & Warner 2004: 79). تشير هذه المقاطع إلى أنّ الأطباء النفسيين يتم تشجيعهم على التفكير بشأن التشخيصات في الطب النفسي باعتبارها مماثلة للتشخيصات في الطب البدني.

يمكن العثور على هذه الادعاءات السببية أيضاً في مصادر المعلومات الصحية حول الاضطرابات الطبية النفسية التي تستهدف عامة الناس. خذ بعين الاعتبار المقاطع التالية حول الفصام والاضطراب الاكتئابي الرئيسي من Patient.info وNHS Choices:

> الفصام هو حالة صحية ذهنية خطيرة تُسبِّب أفكاراً واعتقادات وخبرات مضطربة. (Patient.info 2013، اللون الغامق ليس في الأصل)

> يؤثر الاكتئاب على الأشخاص بطرق مختلفة ويمكن أن يُسبِّب مجموعة متنوعة من الأعراض. تتراوح من مشاعر الحزن واليأس الدائمة، إلى فقدان الاهتمام بالأشياء التي اعتدتَ على الاستمتاع بها والشعور بالميل إلى البكاء. (NHS Choices 2014، اللون الغامق ليس في الأصل)

تُعدّ هذه التصويرات للتشخيصات الطبية النفسية مهمة، لأنها يمكن أن تؤثر على كيفية إدراك المرضى لحالاتهم واستجابتهم لها. ففي دراسة نوعية عن البالغين المشخَّصين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، يشير Svend Brinkmann (2014) إلى أنّ المشاركين يتوسّطون بشكل عام في فهم سلوكياتهم الإشكالية باستدعاء تشخيصاتهم على أنها تفسيرات لتلك السلوكيات. وبالتالي، هنالك بعض الأدلة على أنّ المرضى يفكرون في التشخيصات الطبية النفسية كما لو كانت تشير إلى الحالات الأساسية التي تُسبِّب الأعراض.

المشكلة المفاهيمية

تُشير المقاطع المقتبسة في القسم الفرعي السابق إلى أنّ التشخيصات الطبية النفسية تُنقل إلى الأطباء والمرضى والجمهور كما لو كانت تفسيرات سببية لأعراض المرضى، تماماً مثل التشخيصات في التخصصات الطبية الأخرى. على أية حال، هنالك مخاوف حول التشخيصات الطبية النفسية التي تُثير شكوكاً حول ما إذا كانت تفسِّر الأعراض بالفعل. يتعلق أحد هذه المخاوف بالطريقة التي يتم فيها تعريف التشخيصات الطبية النفسية. أُسمِّي هذه بالمشكلة المفاهيمية. فوفقاً لأحدث إصدارات الـ DSM، يتم تعريف التشخيصات الطبية النفسية رسمياً من خلال أعراضها. خذ بعين الاعتبار المقتطفات التالية من الـ DSM-5:

> إنّ الميزة الأساسية للنوبة الاكتئابية الرئيسية هي فترة لا تقل عن أسبوعين

> إما يكتئب فيها المزاج أو يُفقد فيها الاهتمام أو المتعة في جميع الأنشطة تقريباً. (الجمعية الأمريكية للطب النفسي 2013: 163، اللون الغامق ليس في الأصل).
>
> **يشير** الاضطراب الهلَعي **إلى** نوبات الهلع غير المتوقعة المتكررة. نوبة الهلع هي موجة مفاجئة من الخوف الشديد أو الانزعاج الشديد الذي يصل إلى ذروته في غضون دقائق. (الجمعية الأمريكية للطب النفسي 2013: 209، اللون الغامق ليس في الأصل).
>
> إنّ **الميزة الأساسية** لاضطراب القلق العام هي القلق والهَم المفرطين (التوقّع المتخوّف) لعدد من الأحداث أو الأنشطة. (الجمعية الأمريكية للطب النفسي 2013: 222، اللون الغامق ليس في الأصل)

تشير هذه التعريفات الوصفية في الـ DSM-5 إلى أنّ التشخيصات الطبية النفسية مؤلفة من أعراضها. ومما هو غير مثير للجدل إلى حدٍ ما أنّ الأسباب تختلف عن نتائجها. هذا يعني أنّ الشيء لا يمكن أن يكون سبب نفسه. وبالتالي، إذا كانت التشخيصات الطبية النفسية مجرّد تسميات لتجمعات من الأعراض، فلا يمكن أن تُشير إلى أسباب هذه الأعراض.

في حين أنّ الـ DSM أضفى طابعاً رسمياً على المقاربة الوصفية لتعريف التشخيصات الطبية النفسية، إلا أنّ القلق من كون التشخيصات الطبية النفسية ليس لها سوى روابط تعريفية مع الأعراض الخاصة بها كان موجوداً حتى قبل تقديم علم تصنيف الأمراض الوصفي بالكامل في الـ DSM-III. ففي "خرافة الاعتلال الذهني" (1960)، قدّم الطبيب النفسي والشخصية البارزة في الحركة المناهضة للطب النفسي توماس ساس حجتين ضد صلاحية مفهوم الاعتلال الذهني. الحجة الأولى هي أنّ تشخيصات الاعتلال الذهني مجرّد تسميات مختصرة لأنواع معينة من السلوكيات، وبالتالي لا يمكن التذرّع بها للإشارة إلى أسباب هذه السلوكيات:

> من الواضح أنّ هذا التفكير مغالط، لأنه يجعل التعبير المجرّد "الاعتلال الذهني" سبباً، على الرغم من أنّ هذا التعبير المجرّد تمّ إنشاؤه في المقام الأول ليعمل كتعبير مختصر فحسب عن بعض أنواع السلوك البشري.
> (Szasz 1960: 114)

وتقول الحجة الثانية إنّ الاعتلالات الذهنية ليست اضطرابات حقيقية لأنها، بخلاف الاعتلالات البدنية، لا تتميز بآفات فيسيولوجية مرَضية، بل بانحرافات عن المعايير الاجتماعية والأخلاقية. سأنتقل إلى الحجة الثانية عند مناقشتي للمشكلة الأنطولوجية في القسم الفرعي "المشكلة الأنطولوجية"، لكنّ الحجة الأولى هي التي تقع في صميم المشكلة المفاهيمية.

يقدّم Tim Thornton (2007: 16) تأويلاً لحجة ساس الأولى من خلال الضرورة والعَرضية، مع الإحالة إلى تحليل السببية لديفيد هيوم ([1748] 2000). فوفقاً لهيوم، العلاقات السببية هي عَرَضية. نحن نُدرك الأسباب والنتائج على أنها أحداث متميزة، لكننا لا ندرك أي صلة ضرورية بينها. حتى لو كانت السلسلة السببية محطّمة على نحوٍ أكبر، لا نُدرك إلا التعاقب الأدق من الأسباب والنتائج المتميزة، لكن من دون أي غراء بينها. وبالتالي، يمكن للمرء أن يتصور حدثاً يحدث دون الآخر. فعلى سبيل المثال، في حين أنه قد يصح أن يكون سبب الألم البطني المعين للمريض هو التهاب الزائدة الدودية الحاد، إلا أنه من الممكن تصور إمكانية حدوث التهاب حاد في الزائدة الدودية دون ألم في البطن أو إمكانية حدوث ألم بطني من دون التهاب الزائدة الدودية الحاد. ومع ذلك، إذا تمّ تعريف التشخيص الطبي النفسي من خلال أعراضه، فإنّ العلاقة بين التشخيص والأعراض ليست عَرَضية، بل ضرورية. لا يمكن أن يعاني المرء من اضطراب هلَعي من دون نوبات هلع، أو اضطراب القلق المتعمم من دون أن يكون عنده قلق مفرط. وبما أنّ العَرَضية هي سمة أساسية للعلاقات السببية، فيترتّب على ذلك أنّ الارتباط بين التشخيص الطبي النفسي وأعراضه ليس سببياً.

يمكن أن تعتمد حجة ساس كذلك على مستوى اللغة، ويتم فحصها من الناحية التحليلية والتركيبية. فوفقاً لإيمانويل كانط ([1781] 1998)، تكون القضية التحليلية صادقة بحكم معناها، لأنّ مفهوم محمولها مضمَّن في مفهوم موضوعها. والمثال الكلاسيكي هو قضية "كل العزّاب غير متزوجين". هذه القضية صادقة من الناحية التحليلية، لأنّ مفهوم "غير متزوج" مضمَّن في مفهوم "أعزب". في المقابل، لا يمكن للقضية التركيبية أن تكون صادقة إلا بحكم علاقتها بالحالات الظرفية الفعلية في العالم، لأنّ مفهوم محمولها ليس مضمَّناً في مفهوم موضوعها. فعلى سبيل المثال، قضية "كل العزاب غير سعداء"، هي تركيبية، لأنّ مفهوم "غير سعيد" غير مضمَّن في مفهوم "أعزب". وبالتطبيق على التشخيصات، تكون قضية "هذا المريض الذي لديه التهاب الزائدة الدودية الحاد يعاني من ألم بطني"، تركيبية، لأنّ مفهوم "ألم بطني" غير مضمَّن في مفهوم "التهاب الزائدة الدودية الحاد". على أية حال، تُعدّ قضية "هذا المريض الذي لديه اضطراب هلَعي يعاني من نوبات هلع غير متوقعة متكررة"، تحليلية، لأنه، وفقاً لتعريف الـ DSM-5، مفهوم "نوبات هلع غير متوقعة متكررة" مضمّنٌ في مفهوم "اضطراب هلَعي". يشير هذا، مرة أخرى، إلى أنّ العلاقات بين التشخيصات الطبية النفسية وأعراضها ليست تجريبية، بل تعريفية.

تثير الاعتبارات المذكورة أعلاه شكوكاً خطيرة حول هل يمكن أن تُقدِّم التشخيصات الطبية النفسية نفس الوظائف التفسيرية السببية كما هو الحال في التشخيصات الطبية. تُشير Jennifer Radden (2003) إلى أنه في حين أنّ المقاربة الوصفية البحتة لتعريف وتصنيف التشخيصات الطبيّة النفسية في أحدث إصدارات الـ DSM تسمح بتنبؤات احتمالية، إلا أنها تجعل فئاتها التشخيصية خالية من القيمة التفسيرية. وبسبب كون العلاقة بين التشخيص الطبي النفسي وأعراضه تعريفية عوضاً عن سببية، فإنّ هذا التشخيص لا يفسّر أعراضه، بل يصفها فحسب. فالتشخيص بالاضطراب الهلَعي لا يفسِّر لماذا يعاني المريض من نوبات هلع غير متوقعة متكررة أكثر من تفسير عزوبية الرجل لماذا هو غير متزوج.

المشكلة الأنطولوجية

في حين أنّ المشكلة المفاهيمية تُعنى بالعلاقات الدلالية بين المصطلحات التشخيصية وأوصاف الأعراض، تثير المشكلة الأنطولوجية شكوكاً حول الأسس السببية للمتلازمات الطبية النفسية. يرتبط هذا بالحجة الثانية لساس، التي أشرت إليها سابقاً. يجادل ساس بأنّ الاعتلالات الذهنية ليست حقيقية، لأنها لا تتصف بآفات فيسيولوجية مرَضية مميزة:

> إنّ جوهر المسألة هو أنّ مرض الدماغ، على غرار مرض الجلد أو العظام، هو خلل عصبي... فعلى سبيل المثال، يمكن تفسير الخلل في المجال البصري للشخص على نحوٍ مُرْضي من خلال ربطه ببعض الآفات المحددة في الجهاز العصبي. ومن ناحية أخرى، لا يمكن تفسير اعتقاد الشخص... من خلال خلل أو مرض في الجهاز العصبي. (Szasz 1960: 113)

ربما من المنصف أن نقول إنّ فهمنا العلمي لبعض الاضطرابات الطبية النفسية قد تقدّم منذ نشر ورقة ساس. على أية حال، لا تزال حجة ساس تلقى صدًى قوياً. فقد كشفت الأبحاث التجريبية عن مجموعة من الأسباب المقترنة بالعديد من المتلازمات الطبية النفسية الرئيسية، لكنّ القصة لم تكن عن الآفات المحددة. بدلاً من ذلك، كانت قصةً عن التعقيد وعدم التجانس عند مستويات متعددة من التحليل، بما في ذلك البيولوجي، والنفسي، والاجتماعي (Bolton 2012; Kendler 2008; Murphy 200). من هنا، قد لا تكون الفئة التشخيصية المعنية في الطب النفسي متوافقة مع البنية السببية المميزة، لكنها تقترن بمجموعة من المسارات السببية المحتملة، كل منها يتضمن تفاعلات معقدة من العوامل المتنوعة عبر مستويات مختلفة.

يشير عدم التجانس السببي هذا إلى أنّ التشخيص الطبي النفسي لا ينتقي بنية أو عملية مميزة تكون مناسِبة كسبب في التفسير السببي. بدلاً من ذلك، يستوعب مجموعة من البِنى السببية المحتملة، تتكون كل منها من تركيبات متباينة

من العوامل البيولوجية، والنفسية، والاجتماعية. بعبارة أخرى، في المرضى المختلفين لكن مع نفس التشخيص، قد تكون الأعراض مسبَّبة بواسطة أنواع مختلفة من العمليات. وهذا يُثير شكوكاً حول القيمة التفسيرية للتشخيص الطبي النفسي، لأنه يُشير إلى أنّ التشخيص لا يحدد سبب أعراض المريض. وبالتالي، لا يصل إلى الحالة البارادايمية في الطب البدني التي يفسّر فيها التشخيص أعراض المريض من خلال تحديد السبب.

الانتقادات الحديثة للتشخيص الطبي النفسي

ظهرت المشاكل الموضحة أعلاه بأشكال مختلفة في الانتقادات الأخيرة للطب النفسي. ففي كل من الطب النفسي والفلسفة، اعتبر المنظّرون التعريفات المستندة-إلى الأعراض للتشخيصات الطبية النفسية وقضية عدم التجانس السببي تُثير شكوكاً حول صحة التصنيف الطبي النفسي. يكتب Kendell & Jablensky:

> لا توفّر الظواهر السطحية للاعتلال الطبي النفسي (أي تجمّع الأعراض، والعلامات، والمسار، والنتائج) أساساً آمنا لتقرير ما إذا كان العنوان أو الفئة التشخيصية صحيحاً، بمعنى تحديد الآلية البيولوجية الكافية والضرورية والمحددة. (Kendell & Jablensky 2003: 7)

وبالمثل، ينتقد الفيلسوف Jeffrey Poland (2014) القصور الإبستمي للتشخيصات الطبية النفسية الحالية في الـ DSM:

> تُعدّ فئات الـ DSM والممارسات الإبستمية المقترنة بمعالجة المعلومات، والخبرة الاستدلالية، والخبرة التفسيرية، والفهم السريري، غير فعالة ومتحيزة على نحوٍ ضار لأنها، بالنظر إلى تركيزها النظري على الفينومينولوجيا السريرية، لا تمثّل ولا تحدد بشكل فعال الميزات والمشاكل والسياقات والعمليات المهمة... (أي لا تضمن الأحكام والاستدلالات السريرية السليمة بخصوص ما هو خاطئ وما هو مفيد على الأرجح). (Poland 2014: 48)

يشير نقد بولند إلى أنّ الإخفاق التفسيري يرتبط بنقائص أخرى فيما يتعلق بالتصنيف، والتنبؤ، والتدخّل. هذا يعني، أنّ التشخيصات الطبية النفسية التي لا تُعلمنا على نحوٍ كاف عن العمليات الأساسية لمشاكل المرضى من غير المرجّح أن تدعم الاستدلالات الموثوقة أو تُوجّه قرارات العلاج الفعال. ويصف هذه التشخيصات بـ "الراكبين الأحرار أو الراكبين بالمجان [free-riders]" لأنها لا تساهم إلا قليلاً في أوصاف الأعراض (Poland 2014: 34).

في ضوء هذه المشاكل، اقترح بعض المنظّرين وجوب مراجعة التصنيف التشخيصي في الطب النفسي، لكي تتوافق فئاته التشخيصية مع أنواع أكثر ثباتاً من البِنى السببية (Murphy 2006: Tsou 2015). وفقاً لـ Dominic Murphy (2006: 323-324)، فإنّ هذا سيجعل الطب النفسي يتماشى مع بقية [التخصصات] الطبية، حيث تكون التشخيصات متوافقة مع السوابق السببية للأعراض. على أية حال، لقد تمّت المجادلة أيضاً بأنّ الدرجات العالية من التعقيد السببي المقترن بالاضطرابات الذهنية تفرض مشاكل ملحوظة على آفاق هذا التصنيف السببي إلى درجة يمكن أن تكون مقبولة من جهة الباحثين والممارسين (Bolton 2012).

هنالك أيضاً مخاوف فيما يتعلق بالأدوار السيميائية للتشخيصات الطبية النفسية. مرة أخرى، ترتبط هذه المخاوف بالشكوك المتعلقة بوظائفها السببية. تجادل Şerife Tekin (2011, 2014) بأنّ مقاربة التشخيص القائمة-على الأعراض في الـ DSM قد تساهم في إفقار التبصّر-الذاتي لأنّ هذه المقاربة الوصفية تتجاهل العوامل الفردية والظروف ذات الصلة بتطور حالة المريض. علاوة على ذلك، تشير تيكن إلى أنّ افتراض النموذج البيولوجي الطبي للمرض، الذي يُفترض فيه أن تعكس الفئة الطبية النفسية المعينة نوعاً خاصاً من البنية السببية البيولوجية، يُزيد من تعقيد هذا التبصر-الذاتي الفقير، لأنه يُخفق في الاعتراف بالتعقيد السببي للاضطراب ويتجاهل العوامل السببية الهامة المساهمة، مثل الميزات النفسية، والسياق الاجتماعي، والديناميكيات بين الشخصية.

بالإضافة إلى الانتقادات السابقة المقدّمة من قِبل الفلاسفة، هنالك أيضاً

نزاع حديث حول الأدوار الإبستمية للتشخيصات الطبية النفسية بين ممارسي الصحة العقلية. انتقدت Joanna Moncrieff (2010)، وهي طبيبة نفسية وشخصية رائدة في حركة الطب النفسي الانتقادية الفاعلة حالياً، استعمالات التشخيصات الطبية النفسية في الخطاب الاجتماعي. اعتماداً على عمل David Ingleby (1982)، تجادل مونكريف بأنّ التشخيصات الطبية النفسية يُسمح بها فقط لتحريض الاستجابات الاجتماعية من حشد الموارد السريرية واستصواب [تحبيذ] بعض السلوكيات لأنها [أي تلك التشخيصات] تقدَّم من خلال مهنة الطب النفسي باعتبارها أمراضاً تعيينية مسؤولة عن أعراض المرضى، تماماً مِثل التشخيصات في التخصصات الطبية الأخرى. على أية حال، تُشير مونكريف إلى أنّ هذه الاستجابات الاجتماعية ليست مسوّغة بالكامل، لأنّ التشخيصات الطبية النفسية لا تُعيِّن بشكل حقيقي الأمراض التي تفسّر أعراض المرضى.

في ضوء هذه المخاوف، دعا بعض علماء النفس السريريين إلى الابتعاد عن استعمال التشخيصات القاطعة [أو الفئوية] في الطب النفسي وأوصوا بمقاربات بديلة. فعلى سبيل المثال، يقترح Richard Bentall (2009) أنّ تقييمات المرضى يجب أن تركّز على الشكاوى الفردية، مثل الهلوسات السمعية وجنون الارتياب، بدلاً من المتلازمات، مثل الفصام والاضطراب الثنائي القطب. وتجادل Lucy Johnstone (2014) بأنّ التشخيص الفئوي يُخفق في التقاط المعلومات المهمة حول حالة المريض وتوصي بدلاً من ذلك باستخدام صياغة الحالة [Case formulation]، التي تتكون من تفسير سردي يتم تخصيصه لحالة المريض الخاصة. في حين أنّ Johnstone تقدِّم الصياغة باعتبارها بديلاً للتشخيص، إلا أنّ الرؤية المطروحة من قِبل الجمعية العالمية للطب النفسي (2003) ترى أنّ التشخيص والصياغة لهما أدوار مكمِّلة. تتمثل الفكرة العامة في أنّ تقييم المريض يجب أن يتضمن التشخيص الفئوي والصياغة الفردية، اللذين يشكِّلان معاً تفسيراً أكثر شمولاً لحالة المريض.

وهكذا، فإنّ القضايا المتناولة خلال هذا القسم سلّطت الضوء على بعض

الاختلافات بين التشخيصات في الطب والتشخيصات في الطب النفسي. أولها، غالباً ما تُعرَّف التشخيصات في الطب، وإنْ لم يكن دائماً، من خلال الأمراض التي تُنتج الأعراض، إلا أنّ التشخيصات في الطب النفسي تميل إلى أن تُعرّف من خلال تجمعات الأعراض ذاتها. ثانيها، تميل الفئات التشخيصية في الطب إلى موافقة البِنى السببية المميزة والثابتة على نحوٍ معقول، في حين هنالك أدلة تُشير إلى أنّ العديد من الفئات التشخيصية في الطب النفسي تقترن بدرجات عالية من التعقيد وعدم التجانس فيما يتعلق بعملياتها [كيفياتها] السببية الأساسية. تُعدّ هذه الاختلافات مهمة، لأنها تُلقي بظلال الشك على ما إذا كان يمكن اعتبار التشخيصات الطبية والتشخيصات الطبية النفسية تقدِّم وظائف إبستمية مكافئة. لقد نظر هذا القسم الفرعي في بعض المخاوف المثارة حول أدوار التشخيصات الطبية النفسية في التفسير، والتنبؤ، والتدخّل، والتصنيف، واستصواب الاستجابات الاجتماعية. بالإضافة إلى هذه الأمور، أُشير إلى أنّ هنالك تبعات أخلاقية محتملة بالنسبة للخطاب الطبي النفسي. فكما ذكرنا في القسم الفرعي "استعمالات التشخيصات في الخطاب الطبي النفسي"، إنّ التشخيصات الطبية النفسية غالباً ما يتم إيصالها إلى الجمهور على أنها كما لو كانت تشير إلى الحالات التي تفسِّر الأعراض سببياً. على أية حال، إذا لم تكن تقدّم هذه الوظائف التفسيرية، فمن المرجّح أنّ المرضى والجمهور على نحوٍ أوسع قد أُسيئ إبلاغهم بشأن التشخيصات الطبية النفسية. وهذا يثير احتمالية أنّ المرضى قد جرى تضليلهم للاعتقاد بأنّ أعراضهم يتم تفسيرها عندما يتم تسميتها فحسب.

الموجز

لقد استكشفَ هذا الفصل بعض المشاكل الفلسفية المتأصلة في المقارنات بين وظائف التشخيصات في الطب النفسي ووظائف التشخيصات في بقية التخصصات الطبية. وفي سياق المناقشة، قدّمتُ لمحة عامة عن الوظائف المختلفة التي تخدمها التشخيصات الطبية عادةً، وأظهرتُ كيف أنّ العديد من

هذه الوظائف تتلقّى دعمًا تسويغياً من أدوار التشخيصات باعتبارها تفسيرات سببية للأعراض، وقدّمتُ المشكلتين المفاهيمية والأنطولوجية المتعلقتين بالأوضاع التفسيرية للتشخيصات الطبية النفسية، وأمعنتُ النظر في كيفية ظهور هاتين المشكلتين في الانتقادات الحديثة للطب النفسي.

References

Aliseda, A. and Leonides, L. (2013), Hypothesis Testing in Adaptive Logics: An Application to Medical Diagnosis, Logic Journal of the IGPL, 21: 915-930.

American Psychiatric Association (2013), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Aquilina, C. and Warner, J. (2004), A Guide to Psychiatric Examination, Cheshire: PasTest.

Balint, M. (1964), The Doctor, His Patient, and the Illness, 2nd edition. London: Churchill Livingstone.

Bentall, R. P. (2009), Doctoring the Mind: Why Psychiatric Treatments Fail, London: Allen Lane.

Benzi, M. (2011), Medical Diagnosis and Actual Causatio' L&PS-Logic and Philosophy of Science, 9:365-372.

Bolton, D. (2012), Classification and Causal Mechanisms: A Deflationary Approach to the Classification Problem, pp. 6-11. In Philosophical Issues in Psychiatry II: Nosology. K. S. Kendler and J. Parnas, eds. Oxford: Oxford University Press.Brinkmann, S. (2014), Psychiatric Diagnoses as Semiotic Mediators: The Case of ADHD, Nordic Psychology, 66:121-134.

Chiong, W. (2004), Diagnosing and Defining Disease, pp128-135. In Health, Disease, and Illness: Concepts in Medicine. A. L. Caplan, J. J. McCartney, and D. A. Sisti, eds. Washington, DC: Georgetown University Press.

Cooper, R. (2005), Classifying Madness: A Philosophical Examination of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Dordrecht: Springer.

Cournoyea, M. and Kennedy, A. G. (2014), Causal Explanatory Pluralism and Medically Unexplained Physical Symptoms, Journal of Evaluation in Clinical Practice, 20:928-933.

Elliott, C. (1999), A Philosophical Disease: Bioethics, Culture and Identity, New York: Routledge.

Hume, D. (1748/2000), An Enquiry concerning Human Understanding, Oxford: Oxford University Press.

Ingleby, D. (1982), The Social Construction of Mental Illness, pp. 123-143. In The Problem of Medical Knowledge: Examining the Social Construction of Medicine. P. Wright and A. Treacher, eds. Edinburgh: Edinburgh University Press.

Johnstone, L. (2014), A Straight Talking Introduction to Psychiatric Diagnosis, Monmouth: PCCS Books.

Jutel, A. G. (2011), Putting a Name to It: Diagnosis in Contemporary Society, Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Kant, I. ([1781]1998), A Critique of Pure Reason, Cambridge: Cambridge University Press.

Kendell, R. E. and Jablensky, A. (2003), Distinguishing between the Validity and Utility of Psychiatric Diagnoses, American Journal of Psychiatry, 160:4-12.

Kendler, K. S. (2008), Explanatory Models for Psychiatric Illness, American Journal of Psychiatry, 165:695-702.

Kirmayer, L. J., Groleau, D., Looper, K. J., and Dao, M. D. (2004), Explaining Medically Unexplained Symptoms, Canadian Journal of Psychiatry, 49:663-671.

Kleinman, A. (1988), The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition, New York: Basic Books.

Lipton, P. (2004), Inference to the Best Explanation, 2nd edition. London: Routledge.

Longmore, M., Wilkinson, I. B., Baldwin, A., and Wallin, E. (2014), Oxford Handbook of Clinical Medicine, 9th edition. Oxford: Oxford University Press.

Maung, H. H. (2016a), Diagnosis and Causal Explanation in Psychiatry, Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences, 60:15-24.

Maung, H. H. (2016b), To What Do Psychiatric Diagnoses Refer? A Two-Dimensional Semantic Analysis of Diagnostic Terms, Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences, 55:1-10.

Moncrieff, J. (2010), Psychiatric Diagnosis as a Political Device, Social Theory and Health, 8:370-382.Murphy, D. (2006), Psychiatry in the Scientific Image, Cambridge, MA: MIT Press.

NHS Choices (2014), Clinical Depression, URL = http://www.nhs.uk/Conditions/Depression/Pages/Introduction.aspx Retrieved April 4, 2016.

Parsons, T. (1951), The Social System, Glencoe, IL: The Free Press.

Patient.info. (2013), Schizophrenia, Available online: http://patient.info/health/schizophrenia-leaflet Retrieved April 4, 2016.

Poland, J. (2014), Deeply Rooted Sources of Error and Bias in Psychiatric Classification, pp. 29-64. In Classifying Psychopathology: Mental Kinds and Natural Kinds. H. Kincaid and J. Sullivan, eds. Cambridge, MA: MIT Press.

Qiu, R. Z. (1989), Models of Explanation and Explanation in Medicine, International Studies in the Philosophy of Science, 3:199-212.

Radden, J. (2003), Is This Dame Melancholy? Equating Today's Depression and Past Melancholia, Philosophy, Psychiatry, and Psychology, 10:37-52.

Sadler, J. Z. (2005), Values and Psychiatric Diagnosis, Oxford: Oxford University Press.

Schwartz, A. and Elstein, A. S. (2008), Clinical Reasoning in Medicine, pp. 223-234. In

Clinical Reasoning in the Health Professions. J. Higgs, M. A. Jones, S. Loftus, and N. Christensen, eds. 3rd edition. Amsterdam: Elsevier.

Sethi. S. (2008), Textbook of Psychiatry, New Delhi: Elsevier.

Stanley, D. E. and Campos, D. G. (2013), The Logic of Medical Diagnosis, Perspectives in Biology and Medicine, 56:300-315.

Stevens, L. and Rodin, I. (2010), Psychiatry: An Illustrated Colour Text, 2nd edition. London: Churchill Livingstone.

Szasz. T. (1960), The Myth of Mental Illness, American Psychologist, 15:113-118.

Tekin, S. (2011), Self-Concept through the Diagnostic Looking Glass: Narratives and Mental Disorder, Philosophical Psychology, 24:357-380.

Tekin. S. (2014), Self-Insight in the Time of Mood Disorders: After the Diagnosis, Beyond the Treatment, Philosophy, Psychiatry, and Psychology, 21:139-155.

Thagard, P. (1999), How Scientists Explain Disease, Princeton, NJ: Princeton University Press.

Thornton, T. (2007), Essential Philosophy of Psychiatry, Oxford: Oxford University Press.

Tsou, J. Y. (2015), DSM-5 and Psychiatry's Second Revolution: Descriptive vs.

Theoretical Approaches to Psychiatric Classification, pp. 43-62. In The DSM-5 in Perspective: Philosophical Reflections on the Psychiatric Babel. S. Demazeux and P. Singy, eds. Dordrecht: Springer.

Wakefield, J. C. (1992), On the Concept of Mental Disorder: On the Boundary between Biological Facts and Social Values, American Psychologist, 47:373-388.

Whitbeck, C. (1981), What Is Diagnosis? Some Critical Reflections, Metamedicine, 2:319-329.

Williams, N. E. (2011), Arthritis and Nature's Joints, pp. 199-230. In Carving Nature at Its Joints. J. K. Campbell, M. O'Rourke, and M. H. Slater, eds. Cambridge, MA: MIT Press.

Willis, B. H., Beebee, H., and Lasserson, D. S. (2013), Philosophy of Science and the Diagnostic Process, Family Practice, 30:501-505.

World Health Organization (1992), International Classification of Diseases, 10th revision, Geneva: World Health Organization.

World Psychiatric Association (2003), Essentials of the World Psychiatric Association's International Guidelines for Diagnostic Assessment (IGDA), British Journal of Psychiatry, 182:S37-S66.

Wright, B., Dave, S., and Dogra, N. (2010), 100 Cases in Psychiatry, Boca Raton, FL: CRC Press.

الفصل السادس والعشرون

الصحة العقلية والاعتلال: المناقشات السابقة والاتجاهات المستقبلية

رينير شور

غالباً ما يؤخذ الطب النفسي ليمثّل تطبيق العلوم الطبية وممارستها على العقل البشري. ومن الواضح أنّ الطب الحديث فعلَ الكثير للتخفيف من كافة أشكال المعاناة من الأمراض الجسدية التي كانت ذات مرة جزءاً طبيعياً من الحياة[1]. وقد ساعد أيضاً على تقليل وصمة بعض الحالات الجسدية التي كان يُعتقد في السابق أنها علامات على الطابع الأخلاقي الضعيف المسؤول عنها. لكن ما يستتبعه بالضبط تطبيق الطب على عالم العقل البشري ليس واضحاً على الدوام. إلى الدرجة التي يُعنى فيها الطب بعلاج الاعتلال، فإنه يدل على أنّ العقل يمكن أن يكون معتلاً إلى حدٍ ما، وأنه يمكن أن يكون هناك شيء كالاعتلالات الذهنية. وبالتالي، فإنّ الطب النفسي يواجه على الفور أسئلة ذات طبيعة مفاهيمية. ماذا يعني بالضبط أن يكون العقل "معتلاً"؟ كيف ترتبط الاعتلالات الذهنية بالمشاكل الأخرى التي نواجهها في الحياة، مثل الصراع مع الخسارة، أو ربما عيوب الشخصية الخاصة بنا؟ كيف يتناسب مفهوم الاعتلال الذهني مع تصورنا لأنفسنا كفاعلين أحرار يتخذون قرارات يتحمّلون مسؤوليتها؟ هذه هي أسئلة الفلسفة، التي تتعامل مع توضيح كيفية فهمنا لأنفسنا ومكاننا في العالم، وتطوير فهمنا لهذه العلاقة الأساسية. يطرح الطب النفسي على وجه

(1) كان تسوس الأسنان شائع الانتشار، والآن يُعتبر مرض. إذ غيّر تحسين المعايير ما يعنيه أن تكون سليماً أو بصحة جيدة.

الخصوص الأسئلة التالية: هل نمتلك أي قدرة نفسية على تغيير أنفسنا، وماذا قد يعني ذلك، وممَ سيتألف التغيير إلى الأفضل، وما الذي لا يجب أن نغيّره بل نقبله باعتباره شكلاً صحياً من المعاناة، مثل الحزن؟ إذا كان الطب النفسي هو تطبيق الطب على العقل البشري، فإنّ أحد المخاوف هو أننا سنعالج هذه الأسئلة حول مَن نحن وكيف يجب أن نعيش حياتنا بإجابات طبية بيولوجية، وسنسعى إلى تخفيف أشكال المعاناة، مثل الحزن، باعتبارها أمراضاً يجب علاجها، ونُنكِر أي أو كافة حالات إخفاق الشخصية والمسؤولية. وهذا من شأنه أن يهدد تصورنا-الذاتي كفاعلين أحرار نتحمّل بعض المسؤولية عمَّن نحن وإمكانية تغيير أنفسنا للأفضل، وفكرة أنّ بعض الصراعات هي جزء طبيعي أو نفيس حتى من الحياة. يثير هذا سؤالاً كان موضوعاً للكثير من المناقشات هو ماذا تعني المفاهيم الطبية المختلفة، مثل الصحة، المرض، الاعتلال، بشكل عام، وهل نحن مسوَّغون أم لا في تطبيق هذه المفاهيم على الأشياء التي نسميها اعتلالاتٍ ذهنية في علوم الصحة العقلية والممارسات؟

يعرض هذا الفصل الأجوبة السابقة على هذا السؤال والاتجاهات المستقبلية لهذا النقاش. سأُقدّم في قسم "**الأصول، والافتراضات، والمواقف الرئيسية**" أصول هذا النقاش مع نقد توماس ساس للطب النفسي. وهذا يشمل شرح الافتراضين المعتمدين على نطاق واسع في الأدبيات: صلاحية الطريقة الفلسفية التقليدية للتحليل المفاهيمي وتمييز الحقيقة\القيمة. وسأُقدّم في قسم "**الردود على التحليل المفاهيمي لساس**"، ثلاثة ردود على التحليل المفاهيمي لساس: المواقف الطبيعانية، والمعيارياتية، والهجينة. وسأُثبت في قسم "**الاتجاهات المستقبلية**"، أنّ الافتراضين المذكورين للأدبيات الحالية لم يعد من الممكن أخذهما بشكل مسلّم به بالنظر إلى الوضع الحالي للفلسفة، وأنّ أخذ هذه التطورات على محمل الجد يَعِد بتعزيز الفهم الأعمق للاعتلال والصحة الذهنية.

الأصول، والافتراضات، والمواقف الرئيسية

إنّ النقاش المعاصر حول مفهوم الاعتلال الذهني والاعتلال بشكل عام يمكن إرجاعه إلى نقد توماس ساس للطب النفسي في الستينيات (Szasz 1961)[2]. حيث جادل بأنّ الطب النفسي لم يُستخدم كأداة للسيطرة الاجتماعية فحسب،[3] بل مثّل التطبيق السيء للمفاهيم الطبية على ما يسميه "مشاكل العيش" الطبيعية. من المؤكد أنّ الطب النفسي لا يزال يواجه الكثير من الانتقادات المتمثلة في أنه **يُضفي طابعاً طبياً** على "المعاناة الطبيعية"[4]. لكنّ ساس رأى أنّ معظم، إن لم يكن كل، الحالات التي يتعامل معها الطب النفسي، مثل الفصام، هي مشاكل حياتية. وأنّ مفهوم "الاعتلال الذهني" لا يُشير إلى اعتلالات فعلية على الإطلاق. والاعتلال الذهني هو خرافة. إنّ ساس لم يُنكر إصابة الناس بالفصام أو إمكانية معاناتهم منه. لكن ماذا كان يقصد بذلك حينئذ؟ يتطلب هذا منا أن نفهم المعنى الذي اعتمده ساس لمفهوم الاعتلال لكي نحدد ما يمكننا تطبيقه عليه.

لكن إذا قصدَ الشخص بالاعتلال شيئاً واحداً، مثل الإعاقات ذات الأسباب الجسدية كالسرطان، وقصدتُ أنا أي نوع من الإعاقات، كالاكتئاب الشديد نتيجة الاستجابة إلى الأحداث الحياتية، فإن ذلك يبدو وكأنه مسألة دلالات فحسب. فالأشخاص المختلفون يمكن أن يقصدوا أموراً مختلفة من

---

(2) كان ساس جزءاً من الحركة المناهضة للطب النفسي، تسمية رفضها بنفسه، التي كانت ردة فعل على تاريخ المعالجة غير الطوعية وغيرها من الانتهاكات في الطب النفسي. ومن الرموز الأخرى التي تضمها ميشيل فوكو وR.D Laing .

(3) على سبيل المثال، في أمريكا القرن التاسع عشر، كانت الـ drapetomania هي "الحالة" التي تسببت في هروب العبيد السود من أسيادهم، وتمت تسمية المعارضة السياسية "اعتلالا ذهنياً" في اتحاد الجمهوريات الاشتراكية السوفياتية (Szasz 1961).

(4) فقد تمّت المجادلة بأنّ الحِداد يمكن تشخيصه الآن على أنه اضطراب اكتئابي رئيسي في الـ DSM-5، لأنه لم يعد يستبعد الاكتئاب عند الاستجابة لفقدان الشخص العزيز (Horwitz & Wakefield 2007).

خلال نفس المفهوم. لكن ما يهمنا حقاً هو معنى مفهوم الاعتلال الذي يجب أن نستخدمه لحسم الحالات التي ينطبق عليها، مثل الاكتئاب. يختلف الفلاسفة بشأن كيف يجب أن نستخدم المفاهيم. هذا لأنه يعتمد على ما نأخذه لتكون عليه المفاهيم. يتمسّك هذا النقاش بما مفاده (1) أننا في النهاية نتشاطر المفاهيم التي (2) تمتلك مسبقاً بعض الأسس في الواقع و(3) وتمتلك شروطاً ضرورية وكافية. بمعنى ما، نحن نتشاطر المفاهيم الطبية مثل الاعتلال التي تمتلك مسبقاً أساساً في الواقع، لأننا نستخدمها للإشارة إلى الأشياء الحية. وما نعنيه بالدعابات "المريضة" يختلف عن الشخص المريض. إلا أنّ هذا لا يُنبئنا عمّا هو التعريف المحدد للاعتلال الذي يجب أن نستخدمه لحسم أي الحالات ينطبق عليها. لكن إذا افترضنا أنّ المفاهيم تمتلك شروطاً ضمنية ضرورية وكافية، عندئذ يمكننا القيام بذلك. والمماثلة الشائعة التي غالباً ما تُستعمل في تفسير ذلك هي أننا يمكننا في كثير من الأحيان معرفة هل الجملة نحوية أم لا من دون الدراية بالقواعد النحوية التي تفسّر ذلك. تُسمّى الطريقة التي نستخلص من خلالها قواعد التطبيق الضمنية لمفهوم من هذا القبيل بـ التحليل المفاهيمي، حيث نعتمد على حدوسنا حول الأمثلة-المضادة للمفهوم وعلاقته بالمفاهيم الأخرى. القول إنّ الاعتلالات هي مجرّد حالات تسوّغ الرعاية الطبية يعني عدّ الحَمل اعتلالاً. لكن بما أننا لا نطبّق مفهوم الاعتلال على الحَمل، فإنّ ذلك يُثبِت أنّ الرعاية الطبية ليست شرطاً ضرورياً أو كافياً لكون الشيء اعتلالاً. لذا، فإنّ توضيح ما نعنيه بالاعتلال سيخبرنا ما هي الاعتلالات حقاً وهل ينبغي لنا تطبيقها على ما نسميه بالاعتلالات الذهنية.

تحليل ساس

يعني مفهوم الاعتلال الجسدي لساس (1961) بالضرورة وجود سبب فيزيائي. والسبب الفيزيائي يستلزم بدوره حدوث الاعتلال "على نحوٍ إذعاني". في الواقع، يبدو أنّ هناك شيئاً واحداً تتشاطره كافة الاعتلالات الجسدية بشكل شائع هو أنها أمور "تحدث لنا"، وليست أشياءً "نفعلها" ونتحكّم بها. فلا أحد

"يختار" الإصابة بالسرطان، إنه أمر يحدث لنا فحسب[5]. يرى ساس أيضاً أنّ مفهوم الاعتلال الجسدي يوحي بأنّ هناك خطأً ما في الأداء العصبي لأجسامنا. إحدى الوظائف الطبيعية للخلية هي أن تتكامل مع بقية وظائفنا الجسدية. وعندما تُصبح الخلايا مستقلة، نُصاب بالسرطان. مثل هذه المعايير البيولوجية تُعطى بالفطرة؛ إنها موجودة بشكل مستقل عن الطريقة التي نختارها لتقييمها. فطريقة تقييم السرطان متروكة لنا، لكن من غير المتوقّع أن نُملي الوظائف الطبيعية على الخلايا.

لذلك يدّعي التحليل المفاهيمي لساس أنّ الاعتلال ينطوي على معايير طبيعية وإذعانية. لكن بالنسبة لساس، لا تنطبق هذه الميزات على الأشياء التي نسميها "اعتلالات ذهنية". بدلاً من ذلك، إنّ الاعتلالات الذهنية هي أشياء لا تحدث لنا فحسب، مثل السرطان، بل أشياء يُشكِّل فيها ما نقوم به جزءاً رئيسياً من بداية الحالة، وتطورها، و\أو علاجها. ما اعتقده ساس بالضبط هو إننا ما إذا كنا نملك أو لا نملك خياراً في الاعتلال الذهني ليس واضحاً دائماً، وما إذا كانت لدينا إرادة حرة، كما يعتقد، متنازع عليها بشدة وغالباً ما يتم رفضها على أنها غير علمية. لكن ضع في اعتبارك حقيقة أننا سنعتبر أنه من غير المجدي استخدام العلاج النفسي لمعالجة العته. والسبب هو لأننا نفترض أنّ العته ليس شيئاً يمكن معالجته من خلال القبول، أو تغيير طرق التفكير غير المتكيّفة، أو إعادة تقييم ظروفنا، في حين أننا نعتقد أنّ هذا يناسب حالات كالاكتئاب عقب فقدان المرء لطفله. إنّ الافتراض الضمني هنا هو أنّ الاعتلالات الجسدية مثل العته لا تخضع إلى التغيير باستخدام عقولنا بمرور الزمن، في حين أنّ الاعتلالات الذهنية مثل الاكتئاب بمعنى ما تخضع لذلك؛ إنّ مفهوم الاعتلال

(5) بالنسبة لساس، توحي إذعانية الاعتلال كذلك بأنّ التدخّلات الطبية، مثل الجراحة والأدوية، هي أشكال مناسبة من العلاج، ذلك أنّ الاعتلالات لا تخضع إلى إرادة المرء المباشرة للتغيير على المدى الطويل.

الذهني بالنسبة لساس يُنكر أننا نحتفظ بالقوة الفاعلة حول كيفية استخدامنا لعقولنا[6].

لأنّ الاعتلالات الذهنية تتضمن دورنا كفاعلين نشطين والاختيارات التي نتخذها، فإنّ الاعتلالات الذهنية بالنسبة لساس تخضع إلى المعايير الأخلاقية بخصوص كيف يجب التصرّف. لكن على عكس الاعتلالات الجسدية، لا تُعطى المعايير الأخلاقية بالفطرة، بل بالأحرى، يتم تقديمها من خلال مجتمع المرء. مثل هذه المعايير تشبه إلى حدٍ كبير قواعد اللعبة، ولعب الألعاب جيداً بالنسبة لساس يعني لعب الأدوار الاجتماعية التي يوفرها المجتمع بشكل جيد (مثل الأم، الحاكم، المعلم) والالتزام بواجباتنا الأخلاقية. على أية حال، إنّ لعب الدور ذي القيمة الاجتماعية بالنسبة لساس هو شرط ضروري فحسب وليس كافياً لما نسميه بالصحة العقلية. فبالنسبة للصحة العقلية، يكفي أن يكون الدور الذي يلعبه المرء مختاراً-ذاتياً. يتطلب هذا أيضاً أن يطوّر المرء بعض "القيم-العليا"، مثل الاستقلالية والمعرفة-الذاتية، لأجل السعي وراء الأدوار الخاصة التي يثمّنها المرء بشكل فردي.

نظراً لأنّ القواعد الأخلاقية، وفقاً لساس، يوفرها المجتمع، يبدو أنّ تمييزه بين الاعتلالات الجسدية والذهنية هو بين المعايير البيولوجية مقابل المعايير الاجتماعية. لكن بما أنّ ساس كان يتبنى تلك الرؤية أيضاً، فإنّ هذا ليس هو الفرق الأساسي. إذ ما هو الأساسي هو أنّ المعايير الاجتماعية للكيفية التي يجب أن نتصرف بها باعتبارنا فاعلين أحرار أخلاقياً هي "ذاتية"، في حين أنّ المعايير الطبيعية للكيفية التي يجب أن يكون عليها الجسم تقوم على الحقائق الموضوعية حول البيولوجيا الخاصة بنا (أو حتى على الحقائق الطبيعية حول السيكولوجيا الخاصة بنا). إنّ ما يُقصد به بالضبط بالمعايير الموضوعية إزاء

---

(6) لهذا السبب، تُعدّ الجراحة والأدوية معالجات غير مناسبة للاعتلالات الذهنية من جهة ساس.

الذاتية ليس واضحاً جداً في هذا النقاش. غالباً ما تُفهم المعايير الموضوعية على أنها تعني المعايير العالمية للكيفية التي يجب أن نكون عليها أو نعيش بها، منكرين أنّ هناك قيماً فردية أو اجتماعية مختلفة لكيفية العيش، وهي ما يقصده الكثيرون بالمعايير الذاتية. في الواقع، قد تعني الحياة الجيدة بالنسبة لي اختيار مهنة معينة، في حين أنّ مهنة مختلفة ما قد تجعلك سعيداً. وليس هناك أساس موضوعي للقول هل اختيار أحدنا لمهنة ما هو أفضل من الاختيار الآخر إذا كان يجعلنا سعداء. لكن لا أحد يُنكر في الواقع وجود مثل هذه الاختلافات الفردية. في الحقيقة، قد تبدو أنها حقيقة تجريبية موضوعية أنّ نوعاً معيناً من المهن سيجعلك سعيداً في حين أنّ نفس المهنة لن تجعلني سعيداً. لكن هنالك افتراض أساسي هنا. يتمثل هذا الافتراض في أنّ الحياة السعيدة والخالية من المعاناة التي لا داعي لها هي حياة جيدة في الحقيقةِ وهذا هو ما يجب أن نعمل من أجله. لكن على أي أساس نسوّغ هذا الافتراض؟ لماذا يجب أن نعمل من أجل سعادتنا الخاصة بدلاً من أن نعيش حياة المعاناة، ربما لأننا نعتقد أنّ هذا يرضي الرب أو يخدم المجتمع؟ إذا كان الادعاء بأنه يجب علينا أن نسعى من أجل نوع ما من الحياة هو ادعاء معياري أساسي، فما هو الادعاء غير الأخلاقي أو غير الدائري الذي يمكننا أن نحتكم إليه لتسويغ العيش بطريقة معينة؟ ربما لا يمكننا أن نقول لماذا يجب على المرء أن يسعى من أجل الرفاهية أو المعاناة أكثر من سعيه لأجل الآيس الكريم بنكهة الشوكولاتة بدلاً من الآيس كريم بنكهة الفانيلا.

تكمن المشكلة هنا في تمييز هيوم للحقائق\القيم، الذي ينص على أننا لا يمكننا استخلاص أي ادعاءات معيارية لكيفية العيش أو التصرّف من الحقائق الموضوعية دون أن تكون مثل هذه الادعاءات المعيارية مفترضة مسبقاً بواسطة ادعاءاتنا الحقيقية [factual claims]. فعلى سبيل المثال، قد نجادل بأنه نظراً إلى أنّ الحيوانات تعاني (دعوى حقيقية) يجب ألا نأكلها (دعوى معيارية). لكنّ الدعوى المعيارية لا تمضي إلا لأننا افترضنا مسبقاً أنّ المعاناة سيئة في ادعائنا

الحقيقي. وهذه مصادرة على المطلوب. إنّ الاستنتاج الشائع والمستخلص من هذا هو أنّ الأخلاق اعتباطية في نهاية المطاف، مجرّد مسألة تفضيل. في الواقع، إذا كانت المعايير الأخلاقية تلعب اللعبة جيداً باتباع القواعد، فإنّ ذلك يعني أنّ الأخلاق اعتباطية لأنّ قواعد اللعبة يتم ببساطة الاتفاق عليها وبالتالي فهي اعتباطية أيضاً.

ظلّت الرؤية القائلة إنّ الأخلاق اعتباطيةٌ قائمةً على نطاق واسع في ذلك الوقت وقد نُسِبت أيضاً إلى ساس. وهذا هو السبب في رفض ساس لمفهوم الاعتلال الذهني. فقد افتُرِضَ مسبقاً أنه نظراً لوجود حقائق معينة حول البيولوجيا والسيكولوجيا الخاصة بنا تفسِّر التدهورات والمعاناة، فإنّ هذه تُعدّ طرقاً سيئة من الناحية الموضوعية لعيش الحياة. لكن نظراً لأننا لا يمكننا استنتاج دعاوى معيارية من هذه الحقائق، فإنّ علوم الصحة العقلية وممارستها تفترض على نحوٍ خاطئ أنّ الكيفية التي يجب أن نعيش بها تقوم على معايير موضوعية. لذلك، لا يهم هل المعاناة طبيعية، مثل الحزن، أم شديدة، مثل الفصام. بما أنّ الاعتلالات الذهنية تتضمننا باعتبارنا فاعلين، فإنّ علوم الصحة العقلية وممارستها هي في الأساس أخلاقية وبالتالي ذاتية. إنّ دعوى أنّ الاعتلالات الذهنية هي اعتلالات حقيقية تنفي ذلك؛ فهي توحي بوجود معايير أخلاقية موضوعية، وهذا بالنسبة لساس خرافة.

الردود على التحليل المفاهيمي لساس

المعيارياتية

ردّاً على ساس، جادل البعض بأنّ الاعتلالات الجسدية تعتمد على قيم ذاتية مثلها مثل الاعتلالات الذهنية، وليس على معايير موضوعية بخصوص كيف يجب أن يعمل الجسم. لن يكون السرطان عندئذ اعتلالاً. ولن يكون هناك أمر سيء على نحوٍ متأصل بشأن الخلايا المدمِّرة والمستقلة؛ فالسرطان مجرّد حالة معينة للجسم لا نحبذها. وهذا ببساطة يدفع تمييز الحقائق\القيم إلى استنتاجه

المنطقي ليشمل المعايير البيولوجية، وليس فقط المعايير الأخلاقية. أولئك الذين يتمسّكون بأنّ الاعتلالات تعتمد بشكل عام على معايير غير موضوعية، وبالتالي، على معايير ذاتية يسمَّون بالمعياريين (Engelhardt 1976; Fulford 1989; Goosen 1980; Sedgwick 1973).

لكن حتى لو سمحنا بمعايير طبيعية موضوعية، مثل زيادة البقاء والتكاثر، وقدّمنا ادعاءً حقيقياً [factual claim] مفاده أنّ الاعتلالات الطبية هي تضاؤلات في الملاءمة البيولوجية، لا يمكننا أن نستنتج من ذلك أننا يجب أن نُثمّن الملاءمة البيولوجية. إذ هذا سينتهك تمييز الحقائق\القيم، لأنّ الاستنتاج يفترض مسبقاً أننا يجب أن نُثمّن الملاءمة البيولوجية وأنّ التضاؤلات في الملاءمة البيولوجية سيئة موضوعياً بالنسبة لنا. لكنَّ هذه مصادرة على المطلوب. يُشير هذا إلى أنّ التضاؤلات في الملاءمة البيولوجية هي ببساطة ليست ما نقصده بالاعتلال الطبي. فمرض الخلايا المنجلية [Sickle cell] يعزز من الملاءمة البيولوجية الشاملة من خلال تقديم مناعة متزايدة ضد الملاريا، لكننا ما زلنا نعتبره حالة طبية. نحن نسعى إلى الرعاية الصحية ليس لزيادة ملاءمتنا البيولوجية لنشر نوعنا. بل بالأحرى، نسعى للحصول على الرعاية الطبية وتمديد حيواتنا، وإنجاب أطفال، وإراحة أنفسنا من المعاناة التي لا داعي لها، لأننا نميل إلى تثمين هذه الأشياء في الحياة. وكما يُشير غوسين، "إنّ الطب لا يخدم الأنواع ولا نسل الفرد، بل يخدم المريض الفردي" (Goosen 1980: 113).

لكن إذا كان السرطان اعتلالاً فقط لأنه صادفَ أننا نثمّن عيشَ الحياة الأطول الخالية من المعاناة، فإنّ الاعتلالات ليست سوى أشياءَ لا نحبذها في أجسامنا. لكنّ ذلك لا يمكن أن يكون ما نعنيه بالاعتلال أيضاً لأنّ هناك أشياءَ أخرى قد لا نحبذها في أنفسنا أو في أجسامنا ولا نعتبرها اعتلالات، مثل الكون قصيراً أو أصلعاً. يجادل بعض المعياريين، مثل ساس، بأنّ الاعتلالات هي حالات تُضعف بعض القيم-العليا، مثل الاستقلالية، والفعل العادي العقلاني، التي تسمح لنا بالسعي وراء قيمنا الذاتية. لكننا نواجه مشكلة الآن. إذا

عرّفنا الاستقلالية، والعقلانية، والتصرّفات العادية بشكل فضفاض للغاية، فلا يمكننا أن نستبعد قصر القامة لأنّ شخصاً ما قد يراه يعوق التصرّف العادي الذي يثمّنه. في الواقع، يُنظر إلى قصر القامة على أنه عائق عمل رئيسي في الصين، لكن ليس كاعتلال. على أية حال، إذا جادلنا أنه في هذه الحالة يُعدّ غير عقلاني، وأنه لا يعوق الاستقلالية، عندئذ نكون محددين للغاية، ويعني ذلك أنّ هناك أشياءً يجب ولا يجب تثمينها بشكل موضوعي، فالأمر ليس ذاتياً في نهاية المطاف. لذا، على الرغم من أنّ القيم العليا تبدو مهمة لما نعتقد ما تكون عليه الاعتلالات، لا يبدو أنها تفسّر ما نعنيه بالاعتلالات حقاً لأنها تفشل في تفسير هذه الفروقات التي نصنعها بين القيم الذاتية المختلفة. يمكن أن يكون هنالك طريق آخر من خلال الاعتماد على حقائق معينة عنا. في الواقع، لا يمكن أن يكون من قبيل المصادفة أننا نميل إلى تثمين الأشياء التي تتداخل أيضاً مع التضاؤلات في الملاءمة البيولوجية. لذلك نريد أن نعرف ما هي هذه العلاقة. إنّ العثور على مثل هذه الحقائق لا ينتهك تمييز الحقائق\القيم، بل فقط يخبرنا بما يميّز القيم الصحية عن الأشياء الأخرى التي نثمّنها.

الطبيعانية

لقد أظهر تحليلنا المفاهيمي حتى الآن أنّ الاعتلال يتضمن قيماً ذاتية لكنها ليست كافية لتفسير ما نعنيه بالاعتلال. إنّ أولئك الذين يدّعون أنّ الحقائق المؤكدة عنّا التي توضّح معنى الاعتلال على أنه يختلف عن الأشياء الأخرى التي لا نثمّنها يُسمَّون بالطبيعانيين.

أشهر التفاسير الطبيعانية هي النظرية الإحصائية-البيولوجية لـ Christopher Boorse (1977). على الرغم من أنّ الطبيعانيين مثل بورز لا يُنكرون أنّ الاعتلالات هي موضوع تقييماتنا السلبية، إلا أنهم يدّعون أنّ مفهوم الاعتلال له أساس في الحقائق الموضوعية عنا التي تكون مستقلة تماماً عن تقييماتنا لها. يمتلك الاعتلال هذا الأساس في مفهوم المرض، وهو مفهوم نظري منفصل عن

الممارسة الطبية. إنّ تعريفه الرسمي للمرض تقني للغاية[7]. لكن في جوهره، بالنسبة لبورز، المرض هو تضاؤل في المعدلات الحالية للملاءمة البيولوجية. على أية حال، كما رأينا، لا يمكن أن يكون التضاؤل في الملاءمة البيولوجية كافياً للشيء ليكون اعتلالاً لأنّ ذلك سينتهك تمييز الحقائق\القيم. لكن بالنسبة لبورز، ما هو مطلوب أيضاً للشيء ليكون اعتلالاً هو أن يكون مرضاً لا يتم تثمينه. قد يبدو هذا ينتهك تمييز الحقائق\القيم، لكنه غير مقصود، لأنه لا يُدّعى أنه يجب علينا تثمين الملاءمة البيولوجية بحد ذاتها. بدلاً من ذلك، إنّ المرض في كونه شرطاً ضرورياً للاعتلال لا يفسّر إلا نوع القيم التي يُشير إليها الاعتلال، أعني، الملاءمة البيولوجية بدلاً من القيم الجمالية مثل لون العين. يجب علينا أنّ نثمّن الملاءمة البيولوجية فقط إذا كانت عواقب التضاؤل في الملاءمة البيولوجية، كما هو الحال في السرطان، شيئاً لا نحبّذه. إنّ الاعتلالات هي تلك التضاؤلات في الملاءمة البيولوجية التي لا نثمّن امتلاكها، وهذا يفسّر ما نعنيه بالاعتلال.

يتمثّل النقدان الرئيسيان لموقف بورز في أنّ هناك أمثلة مضادة لتحليله المفاهيمي وأنّ تحليله للمرض يُظهر أنه ينتهك تمييز الحقائق\القيم. فعلى الرغم من أنّ الأمراض باعتبارها تضاؤلات في الملاءمة البيولوجية تستبعد الصلع وأمور أخرى لا نحبذها عن أنفسنا باعتبارها مختلفة عن الاعتلالات، فإنّ هذا التعريف يُعدّ الآن ضيقاً للغاية ويستبعد الكثير، مثل مرض الخلايا المنجلية الذي يُزيد من الملاءمة البيولوجية بشكل عام. وحتى لو تضمَّنت كافة الأمراض انخفاضاً في الملاءمة البيولوجية، فيبدو أنّ هذا يفترض مسبقاً وجوب تقيم فقط الحالات التي تقلل من ملاءمتنا البيولوجية. لكن يبدو أنّ هذا يفترض أنّ هناك طرقاً أفضل موضوعياً للعيش، أعني، أنه يجب علينا ألا نُحبّذ تلك الحالات التي تقلل من الملاءمة البيولوجية. لكن لا يمكن افتراض ذلك، لأنه يصادر على

(7) يُعرِّف بورز المرض بأنه فشل في المساهمة في المستويات النموذجية على نحو ثابت من الملاءمة البيولوجية وفقاً للفئة المرجعية للشخص.

مطلب هل هذا هو ما يجب علينا فعله. يبدو أنّ العلوم الطبية وممارستها تفترض في النهاية معايير أخلاقية أساسية. وبما أننا جميعاً نقبل في هذا النقاش أنّ المعايير الأخلاقية ذاتية، فإنّ العلوم الطبية وممارستها هي أيضاً ذاتية بطبيعتها. والمرض باعتباره موضوعياً هو خرافة.

التفسيرات الهجينة

يحاول التحليل المفاهيمي الثالث في هذا النقاش إرساء حقائق عنا وعواقبها على قيمنا من خلال الجمع بين الطبيعانية والمعياراتية في مفهوم واحد، ما يسمى بالتفسيرات الهجينة. إنّ التفسير الأكثر شهرة بينها هو تحليل الاختلال الوظيفي الضار لويكفيلد (HDA) (1992).

في أواخر السبعينات، حلَّ محل مفهوم الاعتلال الذهني مفهوم الاضطراب الذهني. وافتُرض أنّ مفهوم الاضطراب يكافئ مفهوم بروز عن المرض. لكنّ ويكفيلد لا يميّز بين العلوم الطبية باعتبارها خالية-القيمة والممارسة الطبية باعتيارها مثقلة-بالقيمة. تدرس العلوم الطبية الحالات التي تُعالَج بواسطة الممارسة الطبية، وبالتالي يتم تحديدها على نحوٍ مكافئ من خلال قيمنا المجتمعية. غير أنّ ويكفيلد يجادل بأنّ مفهوم الاضطراب له أيضاً بعض الأسس في الحقائق الموضوعية عنا. حيث يؤسِّس مفهوم الاضطراب على الاختلالات الوظيفية، لكنّ تحليله للوظيفة يختلف عما لدى بروز. فبدلاً من أن تكون عبارة عن إخفاقات في المساهمة في المستويات الحالية من الملاءمة البيولوجية، تكون الاختلالات الوظيفية عبارة عن إخفاقات في آلية أداء الوظيفة التي تمّ انتقاؤها لأجلها في ماضينا التطوري. على أية حال، لا يفسّر مفهوم الاختلال الوظيفي هذا سوى سبب اعتقادنا أنّ الآلية "معطلة". وما زلنا بحاجة إلى مفهوم عواقبي [تبَعاتي] في تحليلنا إذا أردنا أن نجعل للاختلالات الوظيفية صلةً بما نقيّمه في الممارسة الطبية. وهذا ما يقوم به مفهوم ويكفيلد عن الضرر. فالاضطراب هو اختلال وظيفي يسبِّب الضرر للشخص، اختلال وظيفي ضار. في الواقع، نحن

نعتبر الحالات اعتلالات طبية بسبب قدرتها على إلحاق الضرر بنا. وبالتالي، يقيّد مفهوم الاضطراب الأضرار ذات الصلة بتلك التي تُسببها الاختلالات الوظيفية، ويميّز الاضطرابات عن الأضرار الأخرى، مثل الفقر، أو كونه غير جذاب جسدياً. وبما أنّ هنالك اختلالات وظيفية ذهنية، فإنّ تلك التي تسبّب الضرر هي اضطرابات ذهنية. لذا يمكن أن توجد اضطرابات ذهنية، على خلاف ساس، وتكون مؤسسة على كل من الحقائق والقيم، في حين لا تزال القيم غير مستمدة من هذه الحقائق، بل فقط مقيدة بها.

يقترب HDA أكثر من ترسيخ مفهوم الاضطراب. إنّ العواقب الضارة لانهيار أجسادنا وعقولنا، وليس إخفاقاتها في المساهمة في الملاءمة، هي ما يجعل الشيء اضطراباً. في الواقع، إنّ الفشل في العمل على النحو الذي رسَمه ماضينا التطوري يسبّب ضرراً بالفعل، مثل فشل القلب في ضخ الدم أثناء السكتة القلبية. على أية حال، يواجه HDA عدة مشاكل. أولها، من المشكوك فيه من الناحية التجريبية أنّ كافة الاضطرابات الذهنية هي اختلالات وظيفية تطورية أيضاً. لكن حتى لو صادف أنها اختلالات وظيفية على هذا النحو، فلا يمكن أن يكون هذا هو ما يجعلها اضطرابات طبية. إذا صادف أن تكون الحالات مثل الرهاب أو الاكتئاب مختارةً، فسنبقى نرى أنها اضطرابات بسبب ضررها. ما يزال من غير واضح لماذا فقط الأضرار الناتجة عن الاختلالات الوظيفية التطورية هي التي يمكن أن تجعل الشيء اضطراباً، وليست الأضرار الأخرى، مثل عدم التوافق البيئي. لكنّ السبب الأعمق لعدم نجاح التحليلات المفاهيمية التقليدية في ترسيخ مفهوم الاضطراب هو أنه إذا حافظنا على تمييز الحقائق\القيم، وأنّ جزءاً من معايير الصحة العقلية متوقّف بشكل خالص على الذات، أي أنه ذاتي، فلا توجد شروط ضرورية يمكن أن تؤسس مفهوم الاضطراب على الحقائق الموضوعية. لا يمكن جعل علاقات القيم المشروطة بالحقائق ضروريةً من خلال التسالم. لا يمكننا أن نسعى إلى التخلّص من تمييز الحقائق\القيم مع السعي إلى الإبقاء على الفصل بين الحقائق والقيم في نفس الوقت.

الاتجاهات المستقبلية

لقد كان النقاش حول مفهوم الاعتلال الذهني محتدماً منذ ستينات القرن الماضي وافترضَ صحة التحليل المفاهيمي التقليدي وتمييز الحقائق\القيم. لكنّ هذه الافتراضات جوبهت بتحديات من الفلسفة المعاصرة. رُغمَ هذا، بقيَ نقاش مفهوم الاعتلال الذهني معزولاً نسبياً عن هذه التطورات. في هذا النصف الثاني من الفصل، سأوضّح بإيجاز كيف أنّ تطبيق الفلسفة المعاصرة على هذا النقاش يَعد بتحريكه إلى الأمام وجعله أكثر صلة بعلوم الصحة العقلية وممارستها.

التحليل المفاهيمي التقليدي

لا غنى عن التحليل المفاهيمي العام في الأسئلة الأساسية حول طبيعة الصحة والاعتلال، الجسديين أو الذهنيين، مثل إظهار لنا أنّ ما هو قيد البحث هو ما المعايير وما الدور الذي تلعبه كل من الإذعانية والقوة الفاعلة في الإصابة بالاعتلال. على أية حال، يفترض استخدام التحليل المفاهيمي التقليدي في هذا النقاش الكثير، مثل النظرية الكلاسيكية للمفاهيم باعتبارها تمتلك شروطاً ضرورية وكافية ومتواجدة بشكل مستقل عنا ونتشاركها جميعاً بمعنى ما، ويمكننا الوصول إليها من خلال تأملاتنا وحدوسنا. فعلى سبيل المثال، اعتمد ساس على تحليله المفاهيمي لاستخلاص تمييز واضح نسبياً بين الاضطرابات الجسدية والذهنية يتوافق معه مفهومنا عن الاعتلال الذهني. ومع ذلك، تمّ رفض هذا التميز القوي من قِبل علوم العقل التجريبية المعاصرة. إنّ مفهومنا عن الذهني إزاء الجسدي مربك بطبيعته، ولا يبدو أنه نوع طبيعي (Murphy 2006). علاوة على ذلك، تمّ التشكيك في التحليل المفاهيمي التقليدي وافتراضاته، خاصة في السنوات الخمس الماضية أو نحو ذلك، وظهرَ نقاش أكبر حول المنهجية الفلسفية (Strevens، يصدر قريباً؛ Machery 2017). فعلى سبيل المثال، تحدّى علم النفس التجريبي النظرية الكلاسيكية للمفاهيم من خلال إثبات أنّ استخدامها لا ينطوي على شروط ضرورية وكافية، وتمّ اقتراح نظريات بديلة لتفسير

استخدام المفاهيم، مثل نظريات النموذج الأولي. علاوة على ذلك، تمّ انتقاد الطبيعة العالمية للمفاهيم التي يتشاركها الجميع من خلال إظهار كيف أنّ المجموعات الاجتماعية المختلفة تمتلك حدوساً مختلفة عن استخدام بعض المفاهيم (Machery 2017). كل هذا يتحدّى الفكرة القائلة إنّ مفاهيمنا "موجودة هناك" بالفعل وتعكس الواقع، وتنتظر منا توضيحها من خلال تحليلها. يمكن أن نرى ذلك في هذا النقاش على وجه الخصوص في افتراض أنّ هناك تمييزاً واضحاً بين المعايير الموضوعية الموجودة في العلوم الطبيعية والمعايير الاجتماعية للصحة العقلية. هذا يقودنا إلى تمييز الحقائق\القيم.

الحقائق والقيم

إنّ ما يعنيه بالضبط تمييز الحقائق\القيم ليس واضحاً دائماً. في هذا النقاش، يبدو أنّ ما يعنيه عندما يتعلق الأمر بالمعايير الأخلاقية والصحية، أننا لا يمكننا أن نحتكم إلى الحقائق الموضوعية وحدها لنقول أيهما أفضل أو أسوأ. مثل هذه المعايير هي مسألة عُرف اجتماعي أو تفضيل شخصي، وهو ما نعنيه بـ "الذاتية" بدلاً من "الموضوعية". لكن رُغم أنّ هذين المصطلحين غير واضحين على نحوٍ مساوٍ، إلا أنّ قبولهما المزعوم له دوافع شرعية يجب الاعتراف بها.

أولاً، هنالك اختلافات في القيم بين كل من المجموعات الاجتماعية والأفراد حول كيفية عيش حياة جيدة، فقد لا نستطيع في الواقع أن نقول أيها أفضل أو أسوء، مثل القيم الفردية المتعلقة بالاختيارات المهنية والتعبيرات الفنية المختلفة في الثقافات. غير أنّ فكرة أنّ هناك معايير موضوعية غالباً ما تؤخذ تاريخياً على أنها تشير إلى أنّ هناك طريقة واحدة وواحدة فقط لعيش حياة جيدة، مثل حياة الفيلسوف وفقاً لأرسطو. إلى الحدّ الذي كنا فيه مخطئين في الماضي حول ما يُشكِّل الحياة الجيدة، مثل أن تكون مسيحياً ومستقيماً، وأنّ هناك طرقاً متعددة لعيش حياة جيدة، فقد نرفض بناءً على ذلك المعايير

الأخلاقية والصحية العقلية الموضوعية. ثانياً، إنّ الادعاءات حول المعايير الموضوعية تمّ استخدامها تاريخياً كأساس للإساءة واضطهاد الأفراد أو المجموعات من الناس التي تنحرف عن هذه المعايير. لذلك لدينا مخاوف سياسية مشروعة حول ادعاءات المعايير الموضوعية.

على أية حال، تختلف المخاوف السياسية عن وجود المعايير الموضوعية والذاتية، وقد تمّ التعامل معها عبر وسائل بنائية تتعدى قبول النزعة الذاتية. أما بالنسبة لتمييز الحقائق\القيم ذاته، فعندما نطلب أمثلة ملموسة توضّحه ونحاول تطبيقه وفقاً لاستنتاجه المنطقي، تبدأ المشاكل بالظهور في تحليلنا المفاهيمي للاعتلال الذهني. هذا لأنه ببساطة ليس صحيحاً أنّ كل ما نعنيه بالاعتلالات الذهنية هو مجرّد انحرافات عن اتفاقاتنا الاجتماعية وتفضيلاتنا الشخصية، وأنّ المرض يكافئ الانتهاكات الاجتماعية الأخرى، مثل الإخفاقات في الذوق أو الأصول. بالضبط ليس هذا ما نعنيه بالمفهوم. حتى لو كانت المعايير الذاتية هي التي تؤسس مفهوم الاعتلال الذهني، فإنها تُخفق مثلها مثل التحليل المفاهيمي في التمييز بين المعايير الصحية العقلية والمعايير الذاتية الأخرى، مثل التقييمات السلبية الأخرى للسمات الذهنية والميول التي لا نحبذها، مثل كونه مزعجاً بالفعل.

يُضيف السعي لحلّ هذه الذاتية "الجامحة" من قِبل جميع المواقف، بما في ذلك تفسير ساس، والمعيارياتية، والطبيعانية، والهجينة قيوداً إلى تحليلاتهم المفاهيمية كأساس ضروري للصحة العقلية والاعتلال، مثل "القيم-العليا" التي تجعل السعي وراء قيم محددة ممكناً، أو المعايير الموضوعية مثل المعايير التطورية. لكن إلى الدرجة التي يُفترض فيها أنّ هذه القيود تحدّ من هذه الحالات، فإنها تبدو غير متوافقة مع تمييز الحقائق\القيم. هذا لأنها تقوم على حقائق معينة عنا باعتبارنا حيوانات عقلانية واجتماعية مع متطلبات مختلفة من أجل العمل بشكل جيد بناءً على كيفية استخدامنا لهذه القدرات، مثل اكتساب المعرفة عن الواقع وعن أنفسنا وصقل الاستقلالية. من الواضح أنّ هناك حقائق

عنا نميل إلى مشاركتها مع الحيوانات الأخرى ومعظم البشر، بالإضافة إلى الاختلافات الفردية الفريدة التي تحدد الصحة العقلية. السؤال الآن هو ما هي هذه الحقائق المتشاركة وتلك الاختلافات الفردية. لكن عند هذه المرحلة، ما يعنيه بالضبط بالنسبة للمعايير لكي تكون موضوعية أو ذاتية هو أقل وضوحاً من ذي قبل. نحن بحاجة إلى توضيح ما نعنيه بهذه المفاهيم إذا أردنا دفع هذا النقاش إلى الأمام بدلاً من افتراض أننا نعرف ما نتحدّث عنه.

حالياً هنالك نقاش في الأخلاقيات يتعامل على وجه التحديد مع هذا السؤال فقط المتمثل في ما هي العوامل الموضوعية مقابل العوامل الذاتية التي تشكّل رفاهنا النفسي (Tiberius & Plakias 2010). يُعدّ هذا النقاش جزءاً من تطور أكبر في الأخلاقيات منذ السبعينات، وهو إحياء لأخلاق الفضيلة في التقليد الفلسفي اليوناني القديم (Anscombe 1958; Foot 2001). تشكك هذه التطورات أيضاً في تمييز الحقائق\القيم من خلال المجادلة بأنّ ما يجب علينا القيام به لعيش حيوات جيدة يمكن تحديده من خلال ما يحتاجه البشر للازدهار بناءً على حقائق موضوعية حول الطبيعة البشرية، مثل البيولوجيا والسيكولوجيا الخاصتان بنا. علاوة على ذلك، وعلى عكس التفسيرات الموضوعية السابقة للحياة الجيدة، تسعى تفسيرات الرفاهية هذه إلى استيعاب تنوعاً أكبر من طرق عيش الحيوات الجيدة (Nussbaum 2007)، مع الاستمرار في إضافة معايير موضوعية معينة، مثل الكرامة، تماماً مثل القيم-العليا للمعياريين في جدل الاعتلال الذهني.

لقد أدّى هذا النقاش أيضاً إلى إجراء بحث حول العلاقات بين الفضائل، مثل ضبط-النفس، والتنظيم العاطفي، والمرونة، وعلاقتها بالصحة العقلية. كانت ثمار هذا العمل هي أُطُر جديدة للتدخّلات العلاجية التي يمكن أن تساعد في تمكين وتعزيز القوة الفاعلة للمرضى، مما يجعلهم أكثر نشاطاً في كَنَفَهم الخاص (Pearce & Pickard 2010). وهذا يتطلب منا إعادة التفكير بشكل أساسي في الفروق الأساسية التي يشكّلها الطب النفسي وأولئك الذين يحاربون وصمة الاعتلال الذهني، مثل أنّ الاعتلال الذهني هو "كيميائي"، وليس "شخصي"،

ولا يمكن أن يكون كليهما. لذا قد يكون ساس محقاً في أنّ بعض الاعتلالات الذهنية لها مكوّن أخلاقي، لكن من الخطأ أن يجعلها هذا متنافرة مع كونها أيضاً اضطرابات طبية ذات مكوّنات بيولوجية.

إنّ الميزة المهمة لهذه التطورات هو تفاعلها مع العلوم التجريبية، مثل العمل السيكولوجي على نظريات الرفاهية، تطوير-الشخصية، ضبط-النفس (Pickard 2013). ومع ذلك، لا يزال هذا العمل يتطلب شكلاً من أشكال التحليل المفاهيمي. يمكن أن يساعدنا التحليل في التفكير على نحوٍ أكثر وضوحاً حول افتراضاتنا المفاهيمية الأساسية التي تحدد كيفية تأويلنا للبيانات التجريبية وربطها بمشروعنا المفاهيمي الأكبر، بدلاً من قبول أو البقاء غير واضحين بشأن كيفية التفكير في المعايير الموضوعية والذاتية. لكن كما رأينا، يميل التحليل المفاهيمي التقليدي إلى افتراض أنّ معظم مفاهيمنا تميل مسبقاً إلى الارتباط بفروقات واضحة في الواقع. إلى الحد الذي أصبحت فيه هذه الطريقة موضع تساؤل من قِبل الفلسفة، لم تعد كافية إذا ما أردنا نقاشاً مستنيراً تجريبياً حول الاعتلال والصحة العقلية.

ردّاً على انتقادات التحليل المفاهيمي التقليدي، يدور نقاش حول الأساليب الفلسفية البديلة التي تكون أكثر إلماماً من الناحية التجريبية وتوجيهاً من الناحية العملية، مثل الإيضاح الفلسفي [philosophical explication]، وهو تقليد لرودولف كارناب، الذي لا يركّز في المقام الأول على ما نعنيه بالمفاهيم، بل كذلك على كيفية تحسين الدور الذي تلعبه في العلوم. والمثال الآخر هو الهندسة المفاهيمية، التي تسعى إلى معالجة السؤال الأوسع: ما الذي يؤلّف امتلاك المفاهيم الجيدة واستخداماتها في الحقول المختلفة، كالفلسفة، والسياسة، والعلم (Eklund 2015). يمكن أن يساعدنا الاعتماد على هذا البحث على تطوير معايير أفضل للتفكير المفاهيمي الواضح الذي تحتاجه علوم الصحة العقلية وممارساتها، مثل تطوير فهمنا للعلاقة بين الاعتلالات الذهنية والجسدية، والأخلاق والصحة العقلية.

الختام

كان نقاش مفهوم الاعتلال الذهني استجابةً لمخاوف مشروعة متعلقة بانتهاكات الطب النفسي واستطباب الاختلافات والمعاناة الطبيعية. يفترض التحليل المفاهيمي التقليدي أنّ مشروعنا المفاهيمي الأساسي الذي تعتمد عليه حدوس الحس المشترك خاصتنا وخبراتنا الطبية الراهنة يمكن أن يخبرنا عن ماهية الاعتلال الذهني. على أية حال، هل يمكنه ذلك بالضبط هو محل نزاع، ولا يمكن افتراضه. بشكل خاص، لم يعد من الممكن اعتبار افتراضنا لتمييز الحقائق\القيم أمراً مسلَّماً به بالنظر إلى النقاشات المعاصرة في الأخلاق. وإذا كانت المسألة تتعلق بمعايير عامة مقابل اختلافات فردية في الصحة العقلية، فإنّ هذا أمر يمكن للعلوم دراسته بموضوعية. لكن إلى درجة أنّ ذلك يتطلب منا إعادة التفكير في افتراضاتنا، فإنّ التحليل المفاهيمي التقليدي يمثّل مشكلة لأنه يفترض أنّ مشروعنا المفاهيمي الأساسي يحتاج إلى التوضيح فقط بدلاً من أن يتم تحدّيه وتطويره. وبالتالي، فإنّ الاعتماد على الأساليب الفلسفية الحالية الأكثر تجريبية والموجّهة عملياً يمكن أن يساعد على جعل نقاش مفهوم الصحة العقلية وثيق الصلة بعلوم الصحة العقلية وممارستها.

References

Anscombe, G. E. M. (1958), Modern Moral Philosophy, Philosophy, 33:1-19.

Boorse, C. (1977), Health as a Theoretical Concept, Philosophy of Science, 44:542- 573.

Eklund, M. (2015), Intuitions, Conceptual Engineering, and Conceptual Fixed Points. In The Palgrave Handbook of Philosophical Methods. C. Daly, ed. London: Palgrave Macmillan.

Engelhardt, H. T. (1976), Ideology and Etiology, The Journal of Medicine and Philosophy, 1:256-268.

Foot, P. (2001), Natural Goodness, Oxford: Oxford University Press.

Fulford, K. W. M. (1989), Moral Theory and Medical Practice, Cambridge: Cambridge University Press.

Goosens, W. K. (1980), Values, Health, and Medicine, Philosophy of Science, 47:100-115. Horwitz, A. V. and Wakefield, J. C. (2007), The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder, Oxford: Oxford University Press.

Machery, E. (2017), Philosophy within Its Proper Bounds, Oxford: Oxford University Press.

Murphy, D. (2006), Psychiatry in the Scientific Image, Cambridge, MA: MIT Press.

Nussbaum, M. C. (2007), Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership: The Tanner Lectures on Human Values, Cambridge, MA: Belknap Press, Harvard University Press.

Pearce, S. and Pickard, H. (2010), Finding the Will to Recover: Philosophical Perspectives on Agency and the Sick Role, Journal of Medical Ethics, 36:831-833.

Pickard, H. (2013), Psychopathology and the Ability to Do Otherwise, Philosophy and Phenomenological Research, 90:135-163.

Sedgwick, P. (1973), Illness: Mental and Otherwise, The Hastings Center Studies, 1:19-40.

Szasz, T. S. (1961), The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct, New York: Harper Collins.

Tiberius, V. and Plakias A. (2010), WellBeing, pp. 402-432. In The Moral Psychology Handbook. J. M. Doris and The Moral Psychology Research Group, eds. Oxford: Oxford University Press.

Wakefield, J. C. (1992), The Concept of Mental Disorder: On the Boundaries between Biological Facts and Social Values, American Psychologist, 47:373-388.

أسئلة دراسية

1 - ما هو الاضطراب الذهني؟
2 - ما هو الفرق بين التشخيص في الطب النفسي والطب؟
3 - هل يتعين على الطب النفسي أن يتبنّى الاختزالية أو الكليّانية باعتبارها نموذجية؟
4 - ما هو دور الجندر والعرق في الطب النفسي؟
5 - كيف تؤثر المؤسسات الاجتماعية على نوعية الرعاية الصحية العقلية؟



قائمة المراجع مع حواشي توضيحية

قراءات إضافية

Ankeny, R. (2017), The Role of Patient Perspectives in Clinical Case Reporting, pp. 97–112. In *Knowing and Acting in Medicine*. R. Bluhm, ed. New York: Rowman and Littlefield.

Provides an analysis of the role patient perspectives in clinical case reporting in medicine.

Appelbaum, P. S. (2004), Psychiatric Advance Directives and the Treatment of Committed Patients, *Psychiatric Services*, 55:751–763.

Presents information on *advance directives*, one of the promising innovations to give *patients* a greater voice in their *psychiatric treatment*.

American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Diagnostic manual that offers a common language and standard criteria for the classification of mental disorders. It is used, or relied upon, by clinicians, researchers, drug regulation agencies, health insurance companies, pharmaceutical companies, the legal system, and policymakers.

Appelbaum, P. S. and Gutheil, T. G. (2007), *Clinical Handbook of Psychiatry and the Law*, 4th edition. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.

Exposes the critical issues that take place at the intersection of psychiatry and the law.

Berrios, G. E. (1996), *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century*, Cambridge: Cambridge University Press.

Historical and philosophical evaluation of descriptive models of psychopathology.

Bluhm, R. (2009), Gender Differences in Depression: Explanations from Feminist Ethics, *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 4(1):69–88.

Uses feminist analyses of personhood and of autonomy to explain the greater prevalence of depression among women.

Boorse, C. (1975), On the Distinction between Disease and Illness, *Philosophy and Public Affairs*, 5:49–68.

Develops a philosophical approach to distinguish disease from illness.

Boorse, C. (1977), Health as a Theoretical Concept, *Philosophy of Science*, 44:542–573.

Develops a conceptual approach to defining health.

Borsboom, D. (2017), A Network Theory of Mental Disorders, *World Psychiatry*, 16:5–13.

An overview of the network approach to understanding mental disorder.

Borsboom, D. and Cramer, A. O. J. (2013), Network Analysis: An Integrative Approach to the Structure of Psychopathology, *Annual Review of Clinical Psychology*, 9:91–121.
Suggests that psychiatric disorders may be best understood as self-sustaining causal networks of symptoms and presents methods for identifying these networks.

Broome, M. and Bortolotti L., eds. (2009), *Psychiatry as Cognitive Neuroscience*, Oxford: Oxford University Press.
Analyzes the scope and limitations of neuroscience/cognitive neuroscience in understanding mental illness with a focus on a broad range of disorders, such as depression, schizophrenia, personality disorders, and a wide range of neuroscientific methods, such as functional neuroimaging and neuropsychological models.

Bolton, D. (2008), *What Is Mental Disorder? An Essay in Philosophy, Science, and Values*, Oxford: Oxford University Press.
Develops a pragmatic definition of mental disorder through an evaluation of how we diagnose, define, and treat it.

Boyd R. (1991), Realism, Anti-Foundationalism and the Enthusiasm for Natural Kinds, *Philosophical Studies*, 61:117–148.
Develops a historical and philosophical evaluation of the natural kind debate in philosophy of science.

Bracken, P. Thomas P. (2010), From Szasz to Foucault: On the Role of Critical Psychiatry, *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 17(3):219–228.
Defence of the necessity of the critical approaches to psychiatry through a historical analysis.

Capponi, P. (1992), *Upstairs in the Crazy House*, Toronto: Viking.
An account of how Canada's reduced social programs affect mental illness treatment with a focus on the unique communities the poor create, how poverty differs from city to city, and the inventive ways some groups have found to improve their conditions and lives.

Carel, H. and Kidd, I. J. (2014), Epistemic Injustice in Healthcare: A Philosophical Analysis, *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 17:529–540.
A critical evaluation of epistemic injustice in healthcare.

Cartwright, S. A. (1851/2004), Diseases and Physical Peculiarities of the Negro Race, pp. 28–39. In *Health, Disease, and Illness*. A. L. Caplan, J. J. McCartney, and D. A. Sisti, eds. Washington, DC: Georgetown University Press.
An article that construes the attempt to run away from slavery as a form of mental illness.

Charland, L. C. (2004), A Madness for Identity: Psychiatric Labels, Consumer Autonomy, and the Perils of the Internet, *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 11(4):335–349.
Discusses how a diagnosis of a mental disorder can influence peoples' self-concepts, particularly in the era of the internet.

Charland, L. C., Hope, T., and Tan J. (2013), Anorexia Nervosa as a Passion, *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 20(4):v353–v365.
Draws on both philosophical analysis and patient interviews to reconceive anorexia nervosa.

Cheney, T. (2009), *Manic: A Memoir*, New York: HarperCollins Publishers.
A Beverly Hills Lawyer's recounting of her encounter with bipolar disorder.

Chung M. C., Fulford, K. W. M., and Graham G., eds. (2006), *Reconceiving Schizophrenia*, Oxford: Oxford University Press.
A collection of multiple perspectives on understanding schizophrenia.

Cooper, R. (2005), *Classifying Madness: A Philosophical Examination of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Dordrecht: Springer.
Examines the fundamental philosophical issues in the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

Cooper, R. (2007), *Psychiatry and Philosophy of Science*, Montreal and Kingston: McGill-Queen's University Press.
Introduces philosophy of psychiatry from the perspective of philosophy of science.

Corrigan, P. (2004), How Stigma Interferes with Mental Health, *American Psychologist*, 59:614–625.
Evaluates the negative impact of stigma on mental health.

Cosgrove, L., Krimsky, S., Vijayaraghavan, M., and Schneider, L. (2006), Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75:154–160.
Exposes the conflicts of interests of the *DSM*-IV panel members.

Cosgrove, L. and Krimsky, S. (2012), A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members' Financial Associations with Industry: A Pernicious Problem Persists, *PLoS Medicine*, 9:3.
Draws attention to the similarities between the conflicts of interests of the *DSM*-IV panel members with that of the *DSM*-5.

Cuthbert, B. N. (2014), The RDoC Framework: Facilitating Transition from ICD/DSM to Dimensional Approaches That Integrate Neuroscience and Psychopathology, *World Psychiatry*, 13(1):28–35.
Lays out the fundamental tenets of the RDoC framework through a comparison between the *ICD* and the *DSM*.

Cuthbert, B. N. and Insel, T. R. (2013), Toward the Future of Psychiatric Diagnosis: The Seven Pillars of RDoC, *BMC Medicine*, 11(126). URL= http://www.biomedcentral.com/1741-7015/11/126
Lays out the fundamental properties of the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria, which was developed as an alternative to the *DSM*-5's framework for mental disorders.

Demazeux, S. and Singy, P., eds. (2015), *The DSM-5 in Perspective: Philosophical Reflections on the Psychiatric Babel*, Dordrecht: Springer.

The book is conceived as a direct response to the publication of *DSM-5* and explores a wide range of issues and controversies related to both the process of developing the *DSM-5*, the changes that were affected, and the broad significance of the revised classification scheme.

Dumit, J. (2004), *Picturing Personhood: Brain Scans and Biomedical Identity*, Princeton, NJ: Princeton University Press.

Discusses the implications of the advances in neuroimaging to the conceptions of personhood.

Engel, G. L. (1977), The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196:129–136.

Develops the influential biopsychosocial model of medicine.

Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Winokur, G., and Munoz, R. (1972), Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research. *Archives of General Psychiatry*, 26(1):57–63.

Develops a scientific criteria for diagnosing mental disorders through a measurement of symptoms and signs.

Foucault, M. (1965), *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*, R. Howard, trans. New York: Pantheon.

Examines the archaeology of madness in the West from 1500 to 1800.

Freud, S. (1956–1974), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. James Strachey, Trans. London: Hogarth Press, 24 volumes.

Freud's collected works.

Flanagan, O. (2013), Identity and Addiction: What Alcoholic Memoirs Teach, pp. 865–888. In *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*. K. W. M. Fulford, Martin Davies, Richard G. T. Gipps, George Graham, John. Z. Sadler, Giovanni Stanghellini, and Tim Thornton, eds. Oxford: Oxford University Press.

A philosophical exploration of how memoirs of addiction may provide resources those battling with addiction.

Fulford, K. W. M., Davies, M., Gipps, R., Graham, G., Sadler, J., Stanghellini, G., and Thornton, T. (2013), *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*, Oxford: Oxford University Press.

Offers a comprehensive review of the major progress in the field of philosophy of psychiatry, in primarily the areas of philosophy of mind, ethics, and philosophy of science.

Gardner, S. (2009), *Irrationality and the Philosophy of Psychoanalysis*, Cambridge: Cambridge University Press.

Argues that psychoanalytic theories provide the best way to understand the phenomenon of irrationality.

Gergel, T. and Kabir, T. (2017), Reframing a Model: The Benefits and Challenges of Service User Involvement in Mental Health Research, pp. 77–96. In *Knowing and Acting in Medicine*. Bluhm, R., ed. New York: Rowman and Littlefield.

Grünbaum, A. (1984), *The Foundations of Psychoanalysis: A Philosophical Critique*, Berkeley: University of California Press.
Provides an extensive criticism of the argument that psychoanalysis is a science.

Ghaemi, N. (2009), *The Rise and Fall of the Biopsychosocial Model: Reconciling Art and Science in Psychiatry*, Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
Historical and philosophical study of the biopsychosocial model.

Ghaemi, N. (2012), *On Depression: Drugs, Diagnosis, and Despair in the Modern World*, Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
A philosophical approach to depression in contemporary society.

Graham, G. and Stephens G. L. (1994), *When Self-Consciousness Breaks: Alien Voices and Inserted Thoughts*, Cambridge MA: MIT Press.
Examines verbal hallucinations and thought insertion as examples of what the authors call alienated self-consciousness.

Grisso, T. and Appelbaum, P. S. (2001), *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T)*, Sarasota, FL: Professional Resource Press.
An assessment tool for evaluating competency of individuals with mental disorders.

Gupta, M. (2014), *Is Evidence-Based Psychiatry Ethical?* Oxford: Oxford University Press.
Evaluation of the ethical implications of evidence-based psychiatry.

Guze, S. B. (1992), *Why Psychiatry Is a Branch of Medicine*, Oxford: Oxford University Press.
Argues for a biomedical model of psychiatry.

Haslam, N. (2001), Kinds of Kinds: A Conceptual Taxonomy of Psychiatry Categories, *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 9(13):203–217.
Develops a taxonomy of categories in psychiatry.

Haslam, N. (2014), Natural Kinds in Psychiatry: Conceptually Implausible, Empirically Questionable, and Stigmatizing. In *Classifying Psychopathology*. H. Kincaid and J. A. Sullivan, eds. Massachusetts: MIT Press.
A critical approach to construal of mental disorders as natural kinds.

Hawthorne, S. C. C. (2013), *Accidental Intolerance: How We Stigmatize ADHD and How We Can Stop*, Oxford: Oxford University Press.
Shows how social values have influenced scientific and medical practices related to attention deficit hyperactivity disorder and outlines the consequences of this influence.

Hacking, I. (1995), The Looping Effects of Human Kinds, pp. 351–383. In *Causal Cognition: A Multidisciplinary Debate*. D. Sperber, D. Premack and A. J. Premack, eds. Oxford: Clarendon Press.
Contrasts human kinds (kinds of people, their behavior, their emotions, etc.), studied by social sciences, to natural kinds, studied by natural sciences, with the argument that the former is subject to looping effects.

Hacking, I. (1999), *The Social Construction of What?* Cambridge, MA: Harvard University Press.
Examines the social construction debate in philosophy by consideration of various examples that embody the inherent conflicts of the debate, such as child abuse and schizophrenia.

Hacking, I. (2007), Kinds of People: Moving Targets, *Proceedings of the British Academy*, 151:285–318.
Develops a detailed account of looping effects by considering how classifications made by human sciences interact with the very people who were classified, changing the properties of these people in return.

Horwitz, A. V. (2002), *Creating Mental Illness*, Chicago, IL: University of Chicago Press.
Argues that current conceptions of mental illness as a disease fit only a small number of serious psychological conditions and that most conditions currently regarded as mental illness are cultural constructions.

Herman, J. (1992), *Trauma and Recovery: The Aftermath of Abuse—From Domestic Abuse to Political Terror*, New York: Basic Books.
Groundbreaking work that provides a socially informed account of trauma.

Hoffman, G. (2016), Out of our Skulls: How the Extended Mind Thesis Can Extend Psychiatry, *Philosophical Psychiatry*, 29(8):1160–1174.
Application of the extended mind hypothesis to the understanding and treatment of mental disorders.

Hoffman, G. and Hansen J. L. (2011), Is Prozac a Feminist Drug? *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 4(1):89–120.
Develops a feminist evaluation of the use of antidepressants, such as Prozac.

Horwitz, A. V. and Wakefield, J. C. (2007), *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*, New York: Oxford University Press.
A critical evaluation of the *DSM*'s construal of sadness and melancholy as depression.

James, W. (1894), What Is an Emotion? *Mind*, ox-IX(34):188–205.
A groundbreaking approach to understanding emotion in psychology.

Jamison, K. (1995), *An Unquiet Mind: Memoirs of Moods and Madness*, New York: Knopf.
A psychiatrist's first person account of her experience with bipolar disorder.

Jaspers, K. (1913/1997), *General Psychopathology*. J. Hoenig and M. W. Hamilton, trans. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
Key work in phenomenological psychopathology.

Kendell, R. E. and Jablensky, A. (2003), Distinguishing between the Validity and Utility of Psychiatric Diagnoses, *American Journal of Psychiatry*, 160:4–12.
Provides an overview of the use of "validity" in psychiatry and considers the question of whether psychiatric diagnoses are distinct entities.

Kendler, K. S. and Parnas, J., eds. (2012), *Philosophical Issues in Psychiatry II: Nosology*, Oxford: Oxford University Press.
This book was published during the revisions of the major psychiatric diagnostic manuals, the *DSM* and *ICD*. It evaluates major issues in psychiatric nosology in so far as it shapes psychiatric research, treatment, and insurance-related and administrative contexts.

Kendler, K. S. (1990), Toward a Scientific Psychiatric Nosology: Strengths and Limitations, *Archives of General Psychiatry*, 47:969–973.
A critical evaluation of the strengths and limits of contemporary psychiatric taxonomy.

Kendler, K. S. (2005), Towards a Philosophical Structure for Psychiatry, *American Journal of Psychiatry*, 162:434.
Defence of a philosophical approach to understanding and explaining mental disorders in psychiatry.

Kendler, K. S. (2008), Explanatory Models for Psychiatric Illness, *American Journal of Psychiatry*, 165:695–702.
Answers how we can best develop explanatory models for psychiatric disorders given that causal factors have an impact on psychiatric illness both within and outside of the individual, involving biological, psychological, and sociocultural processes.

Kendler, K. S., Zachar, P., and Craver, C. (2011), What Kinds of Things Are Psychiatric Disorders? *Psychological Medicine*, 41:1143–1150.
Evaluates whether mental disorders are natural kinds by adopting the homeostatic property cluster view of natural kinds.

Kincaid, H. and Sullivan J. A., eds. (2014), *Classifying Psychopathology: Mental Kinds – and Natural Kinds*, Cambridge, MA: MIT Press.
Focuses on the question of whether current psychiatric classifications are close to meeting the scientific ideal of natural kinds, and the extent to which it is necessary for mental disorders to be labeled as natural kinds for them to be subject to rigorous scientific investigation.

Kleinman, A. (2004), Culture and Depression, *New England Journal of Medicine*, 351:951–953.
An anthropological approach to understanding the cultural influences on depression.

Kupfer, D. J., First, M. B., and Regier, D. A. (2002), *A Research Agenda for DSM-V*, Washington, DC: American Psychiatric Association, xvii.
Discusses the research priorities of the *DSM*-5 in its development process.

Kuhn, T. (1962), *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago, IL: University of Chicago Press.
Explains what science is and how scientific change occurs through a historical and philosophical approach.

Lane, C. (2007), *Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness*, New Haven, CT: Yale University Press.
Historical account of the role of the *DSM* in the pathologization of normal behavior.

Lilienfeld, S. O. and Marino, L. (1995), Mental Disorder as a Roschian Concept: A Critique of Wakefield's "Harmful Dysfunction" Analysis, *Journal of Abnormal Psychology*, 104:411–420.
A philosophical criticism of the "harmful dysfunction" approach to defining mental disorder.

Luhrmann, T. M., Padmavati, R., Tharoor, H., and Osei, A. (2014), Differences in Voice-Hearing Experiences of People with Psychosis in the USA, India and Ghana: Interview-Based Study, *The British Journal of Psychiatry*, 206:41–44.
An anthropological comparison of voice-hearing experiences of individuals in the United States, India, and Ghana.

Maibom, H. L. (2008), The Mad, the Bad, and the Psychopath, *Neuroethics*, 1(3):167–184.
A philosophical approach to understanding psychopathy.

Maiese, M. (2016), *Embodied Selves and Divided Minds*, Oxford: Oxford University Press.
Focuses on the philosophical approaches to the self and personal identity and their connection to psychiatry. Arguing against the internalistic approaches to mind, it endorses the essentially embodied model of consciousness and cognition inspired by the works of existential phenomenologists, who emphasize the unique role of the human body in determining our mental states.

Merleau-Ponty, M. (1945/2012), *Phenomenology of Perception*. Donald Landes, trans. New York: Routledge.
The foundational work in phenomenology that describes the life-world of humans as perceiving subjects.

Moncrieff, J. (2010), Psychiatric Diagnosis as a Political Device, *Social Theory and Health*, 8:370–382.
Construal of psychiatric diagnosis as a tool for oppression.

Moseley, D. and Gala, G. (2015), *Philosophy and Psychiatry: Problems, Intersections and New Perspectives*, New York: Routledge.
The book fosters a dialogue between philosophers and psychiatrists, and as such, focuses primarily on issues related to diagnosis and treatment.

Murphy, D. (2006), *Psychiatry in the Scientific Image*, Cambridge, MA: MIT Press.
Evaluates psychiatry from the viewpoint of analytic philosophy of science, focusing on how mental illness should be conceived of, classified, and explained.

Nordenfelt, L. (1987), *On the Nature of Health: An Action-Theoretic Approach*, Dordrecht: Reidel.
Influential explication of the normativist approach to understanding health and disease.

Paris, J. and Phillips J., eds. (2013), *Making the DSM-5: Concepts and Controversies*, New York: Springer.
An interdisciplinary edited volume on the development of the 5th edition of the *DSM*.

Poland, J. and Graham, G., eds. (2011), *Addiction and Responsibility*, Cambridge MA: MIT Press.
Collection of critical essays on addiction and its implications for personhood and responsibility.

Potter, N. N. (2016), *The Virtue of Defiance and Psychiatric Engagement*, Oxford: Oxford University Press.
Discusses defiance in various social contexts.

Potter, N. N. (2009), *Mapping the Edges and the In-Between: A Critical Analysis of Borderline Personality Disorder*, Oxford: Oxford University Press.
Focuses on borderline personality disorder from the perspective of cultural and gender norms.

Radden, J. and Varga, S. (2013), The Epistemological Value of Depression Memoirs: A Meta-Analysis, pp. 99–116. In *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*. K. W. M. Fulford, Martin Davies, Richard G. T. Gipps, George Graham, John Z. Sadler, Giovanni Stanghellini, and Tim Thornton eds. Oxford: Oxford University Press.
A philosophical inquiry into the epistemic value of patient memoirs.

Radden, J. (1996), *Divided Minds and Successive Selves*, Oxford: Oxford University Press.
Applies theories of personal identity to the complex cases of personality and identity disturbances in psychopathology and discusses the implications of such scenarios to ethical and legal issues.

Radden, J., ed. (2002), *The Nature of Melancholy: From Aristotle to Kristeva*, Oxford: Oxford University Press.
A historical and philosophical account of the evolution of melancholy over time.

Radden, J. (2004), *The Philosophy of Psychiatry: A Companion*, Oxford: Oxford University Press.
Collection of essays on various topics in philosophy of psychiatry.

Ratcliffe, M. (2008), *Feelings of Being: Phenomenology, Psychiatry, and the Sense of Reality*, Oxford: Oxford University Press.
Addresses the role of existential feelings in psychiatric conditions.

Sadler, J. Z. (2002), *Descriptions and Prescriptions: Values, Mental Disorders, and the DSMs*, Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
Focuses on crucial philosophical, scientific, and ethical questions about psychiatric classifications.

Sadler, J. Z. (2005), *Values and Psychiatric Diagnosis*, Oxford: Oxford University Press.
A classic book that provides an in-depth examination of the methods of psychiatric diagnosis, both of the *DSM* and the *ICD*, by exploring specifically how psychiatric classifications are influenced by value judgments.

Sadock, B. J., and Sadock, V. A. (2011), *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*, 10th edition. USA: Lippincott Williams & Wilkins.
Central textbook in psychiatry.

Saks, E. (2007), *The Centre Cannot Hold: My Journey through Madness*, New York: Hyperion.
A successful law professor's recounting of her encounter with schizophrenia.

Szasz, T. (1961), *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, New York: Harper & Row.
Defends the claim that mental illness is a myth.

Sullivan, J. A. (2016), Stabilizing Constructs through Collaboration across Different Research Fields as a Way to Foster the Integrative Approach of the Research Domain Criteria (RDoC) Project, *Frontiers in Human Neuroscience*, 10:309.
Highlights the necessity and the importance of construct stability in the neuroscientific approaches to mental disorders.

Tekin, Ş. (2014), Psychiatric Taxonomy: At the Crossroads of Science and Ethics, *Journal of Medical Ethics*, 40:513–514.
Evaluates the scientific classification of mental disorders from an ethical perspective.

Tekin, Ş. (2011), Self-Concept through the Diagnostic Looking Glass: Narratives and Mental Disorder, *Philosophical Psychology*, 24:357–380.
Discusses the impact of psychiatric diagnosis on personal identity and flourishing.

Tekin, Ş. (2014), Self-Insight in the Time of Mood Disorders: After the Diagnosis, Beyond the Treatment, *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 21:139–155.
Focuses on the reflective impact of psychiatric diagnoses on self-insight.

Tekin, Ş. (2016), Are Mental Disorders Natural Kinds? A Plea for a New Approach to Intervention in Psychiatry, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 23(2):147–163.
Invites philosophers of psychiatry to move away from metaphysical discussions of whether mental disorders are natural kinds to epistemological discussions of scientific research on mental disorders.

Tekin, Ş. and Poland, J., eds., *Extraordinary Science and Psychiatry: Responses to the Crisis in Mental Health Research*, Cambridge, MA: MIT Press.
A critical evaluation of the crisis in mental health research following the publication of the *DSM*-5 through a Kuhnian conception of scientific change.

Thornton, T. (2007), *Essential Philosophy of Psychiatry*, Oxford: Oxford University Press.
Introductory overview.

Tsou, J. Y. (2012), Intervention, Causal Reasoning, and the Neurobiology of Mental Disorders: Pharmacological Drugs as Experimental Instruments, *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 43(2):542–551.
Argues that basic science and knowledge of the effects of medications can help scientists to understand the neurobiology of mental disorders.

Tsou, J. Y. (2016), Natural Kinds, Psychiatric Classification and the History of the DSM, *History of Psychiatry*, 27(4):406–424.
An evaluation of the evolution of the *DSM* under the light of the natural kind debate.

Wakefield, J. (1992a), The Concept of Mental Disorder: On the Boundary between Biological Facts and Social Values, *American Psychologist*, 47:373–388.
Presentation of the harmful dysfunction account of mental disorder.

Wakefield, J. C. (1992b), Disorder as Harmful Dysfunction: A Conceptual Critique of DSM-III-R's Definition of Mental Disorder, *Psychological Review*, 99(2):232–247.
A conceptual criticism of the *DSM* description of mental disorder by construing mental disorder as a harmful dysfunction.

Young, A. (1995), *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton, NJ: Princeton University Press.
A historical and ethnographic account of the evolution of post-traumatic stress disorder (PTSD) from the treatment of Vietnam veterans to contemporary scientific and clinical approaches to PTSD.

Zachar, P. (2014), *A Metaphysics of Psychopathology*, Cambridge, MA: MIT Press.
Develops a pragmatic approach to classifying mental disorders.

ثبت تعريفي بالمساهمين في هذا الكتاب

Aaron Kostko is Assistant Professor of Philosophy in the Center for Learning Innovation at the University of Minnesota Rochester. His research focuses on methodological, conceptual, and ethical issues that arise in neuroscience and psychiatric research, classification, and treatment. He also focuses on epistemological and ethical issues that arise in evidence-based methods to research effective teaching and student learning.

Ami Harbin is Associate Professor of Philosophy and Women and Gender Studies at Oakland University. She is the author of Disorientation and Moral Life (Oxford University Press, 2016). Her research focuses on moral psychology, feminist ethics, and bioethics.

Anke Bueter holds a PhD in philosophy from Bielefeld University and currently works as Assistant Professor at the Leibniz University Hanover, Germany. Her work focuses on the intersection of social epistemology and philosophy of science, especially philosophy of medicine and psychiatry. Her publications span topics such as the impact of feminism on medicine, the role of values in science, and epistemic injustice in psychiatric classification.

Anthony Vincent Fernandez is Assistant Professor of Philosophy at Kent State University in Ohio. He works on classical and contemporary phenomenology, focusing especially on the challenges of applying phenomenology to the study of psychopathology. He has recently published in Journal of Consciousness Studies, Phenomenology and the Cognitive Sciences, Synthese, and Philosophy, Psychiatry, Psychology. He is also co-editor of The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology.

Bryan Mukandi studied medicine at the University of Zimbabwe and interned at the United Bulawayo Hospitals. He subsequently pursued postgraduate studies in the social sciences and humanities at the National University of Ireland, Galway and Queen's University of Belfast. Having worked in health systems and policy research for some years, he completed his PhD in Philosophy at the University of Queensland, in Australia, with a thesis exploring what Steve Biko referred to as "Black Consciousness." Bryan has published work in the South African Journal of Philosophy, Australian Journal of Indigenous Education, and the American Journal of Public Health. He is currently Lecturer in Medical Ethics in the University of Queensland's Faculty of Medicine.

Christian Perring is Adjunct Full Professor at St. John's University, Queens, New York. He is currently Vice President of the Association for the Advancement of Philosophy and Psychiatry, and his areas of research focus are the moral responsibility and autonomy of people with mental illness, the psychiatric treatment of young people, and personal identity. He has been editor of Metapsychology Online Reviews for over twenty years. His enthusiasms include indie music, craft beer, and hiking.

Claire Pounceŷ MD̃ PhD̃ is a psychiatrist in private practice in Philadelphia. She has worked in many psychiatric settings, including psychosomatic medicine. She uses her formal training in philosophy and medical ethics to write about psychiatric epistemology and ethics, topics that include nosology, psychiatric recovery, professionalism, informed consent, and the Goldwater Rule. **Constantin-Alexander Mehmel** is a PhD student in Philosophy at the University of Essex. His PhD is funded by the Consortium for the Arts and Humanities South-East England (CHASE) Doctoral Training Programme, and he is working toward a phenomenological account of the experience of disorientation. Prior to starting his PhD, he was Visiting Researcher at the Heidelberg University Hospital working on the intersection of hermeneutics and social cognition, particularly enactivist approaches to intersubjectivity. His research interests are primarily in phenomenology, philosophy of emotion, philosophy of psychiatry, social cognition, and hermeneutics (esp. Gadamer).

Devonya Havis is Associate Professor of Philosophy at Canisius College in Buffalo, NY. Her scholarly engagements utilize insights from Michel Foucault as a means of exploring issues in Critical Philosophy of Race, Critical Disability Studies, and Phenomenology. Havis's teaching and research are motivated by a keen interest the ways philosophy can be used to prompt ethical interventions that contest injustice. Her publications include "'Now, How You Sound'⌑ Considering a Different Philosophical Praxis" in Hypatia; "The Parrhesiastic Enterprise of Black Philosophy" in Black Scholar; and she is a contributor to Addressing Ableism: Philosophical Questions via Disability Studies. She has also been featured on the "Dialogues on Disability" and "PhilosopHER" blogs.

Erick Jose Ramirez received his doctoral degree from the University of California at San Diego and is currently Assistant Professor of Philosophy at Santa Clara University. His research centers on issues relating empathy, moral agency, mental illness, and the philosophy of technology. Specifically, he is interested in drawing interdisciplinary connections between empirical research on emotion, empathy, and mental illness and philosophical theories of value, agency, and philosophical methodology. The latter, he argues, can benefit from incorporating more of the former. His most recent research investigates the degree to which virtual reality technologies can be used to improve philosophical methodologies and enhance our empathic perspective-taking abilities. He also investigates how VR creates new ethical issues for researchers and game designers. His work has most recently appeared in Philosophical Psychology, Metaphilosophy, Ethics in Information Technology, Philosophical Explorations, and the American Journal of Bioethics: Neuroscience.

Ginger A. Hoffman is Associate Professor of Philosophy at Saint Joseph's University. She possesses backgrounds in both philosophy (her PhD in philosophy is from MIT) and neuroscience (her PhD in neuroscience is from Yale University, where she researched the basic biology underlying antidepressant and antipsychotic mechanisms). Her current work is in the philosophy of psychiatry, philosophy of disability, philosophy of mind, value theory, and feminist philosophy. More specifically, she employs advances in these areas of philosophy to the mission of making psychiatric and neuroscientific practices more ethical and more rigorous. She studies, among other things, the impact of relational and "4E" models of the mind and self on psychiatric diagnosis and treatment, possible defenses of Mad Pride and neurodiversity paradigms, and sanist/anti-sanist or feminist/anti-feminist implications of neuroscientific and psychiatric research. She also works with mentally divergent individuals in a volunteer context and engages in various forms of mental diversity advocacy.

Hane Htut Maung is Leverhulme Research Fellow in Philosophy at the University of Manchester. His research focuses on the conceptual, metaphysical, and ethical problems in medicine and psychiatry. He also has broader interests in the philosophy of mind and the philosophy of science. Prior to his career in philosophy, he read medicine and specialized as a psychiatrist in the UK's National HealthService. He holds a PhD in philosophy from Lancaster University, an MPhil in philosophy and ethics of mental health from the University of Pretoria, and an MB BChir in medicine from the University of Cambridge. He is a member of the Royal College of Psychiatrists.

Jesse Butler is Associate Professor in the Department of Philosophy and Religion at the University of Central Arkansas, where he teaches courses in the philosophy of mind, critical thinking, philosophy of language, and philosophy for living. His research focuses on theories of self-knowledge, with his book Rethinking Introspection (Palgrave Macmillan, 2013) offering a pluralist and naturalistic approach to understanding the first-person perspective. Dr. Butler was also a US Fulbright Scholar during the 2016-17 academic year, teaching courses on cross-cultural approaches to self-knowledge at Jinan University in Guangzhou, China. His current research involves the application of theories of self and mind to issues in the philosophy of psychiatry and environmental philosophy, toward the end of cultivating human well-being and sustainability through understanding the interconnected plurality of our embodied existence in the world.

Jonathan Y. Tsou is Associate Professor of Philosophy at Iowa State University. He has published philosophy of psychiatry journal articles and book chapters on topics such as natural kinds in psychiatry, the neurobiological basis of mental disorders, the social feedback effects ("looping effects") of psychiatric classifications, and the classification of mental disorders by the DSM.

Jon F. Merz is Associate Professor in the Department of Medical Ethics and Health Policy in the Perelman School of Medicine at the University of Pennsylvania. Dr. Merz teaches Research Ethics and Bioethics and the Law in the Department's Masters of Bioethics curriculum. His research interests encompass privacy and confidentiality in

medicine and research, reproductive rights and policy, research ethics and regulation, conflicts of interest, informed consent, intellectual property, and issues raised in the foregoing areas by biotechnology. Dr. Merz's current activities include funded research and training programs in Tanzania and Guatemala. Since early 2003, Dr. Merz has been the moderator of the IRB Forum [http://www.irbforum.org], a discussion forum and resource for IRB professionals across the globe.

Kelso Cratsley is currently a Visiting Researcher at the Kennedy Institute of Ethics,Georgetown University. He has previously taught at George Washington University, University of Massachusetts Boston, and Concordia University in Montreal, and was recently Visiting Scholar at the University of California,San Diego. His research centers on issues in bioethics, philosophy of psychology and psychiatry, and global health policy.

Lana Kühle is Assistant Professor of Philosophy at Illinois State University. She received her PhD from the University of Toronto. Her areas of expertise are in philosophy of mind and phenomenology with close interdisciplinary connections to neuroscience and psychology. Her overall goal is to understand how one's bodily awareness gives rise to the sense of self and the subjectivity of conscious experience. She has published several articles including "The Subjectivity of Experiential Consciousness: It's Real and It's Bodily" in Mind & Matter and "The Missing Pieces in the Scientific Study of Bodily Awareness" in Philosophical Psychology.

Matthew Ruble is Visiting Assistant Professor of Philosophy in the Department of Philosophy & Religion at Appalachian State University in Boone, North Carolina. He earned a BA in Philosophy & Religion and an MA in Psychological Counseling, both from Appalachian State University. After several years working in community mental health services Ruble returned to school earning an MA in the Philosophy and Ethics of Mental Health from Warwick University, UK. Following years of grant writing and administering educational opportunity programs for low-income students, Ruble returned to school once more to earn his PhD in Philosophy from the University of Tennessee. (It's never too late!) His dissertation, Responsibility, Blame and the Psychopath, was directed by Adam Cureton and Professor Emeritus John Hardwig and focused on conceptions of mental illness that create serious problems for our understanding of moral responsibility. When he is not doing philosophy Ruble can be spotted climbing and running in the beautiful Blue Ridge Mountains with his dog, Ella.

Melissa Mosko is Associate Professor of Philosophy at Canisius College in Buffalo, NY. Her teaching focuses on the intersections of feminist theory and political theory; she is especially interested in the effects of social power on individual moral and political agency. She has published on philosophy of psychiatry, existentialism, political theory, social epistemology, and business ethics. Her current research is on debates about the legalization and decriminalization of sex work.

Michelle Ciurria is Visiting Scholar and Lecturer at the University of MissouriSt. Louis.

She previously held postdoctoral fellowships at the University of New South Wales (2016-17) and Washington University in St. Louis (2014-16). She completed her PhD at York University in Toronto in 2014. Dr. Ciurria's work explores the intersections between moral responsibility, moral psychology, social epistemology, critical race theory, and feminist sociology. She is developing a relational account of moral responsibility that takes social injustice as the starting point for theorizing about moral responsibility, identifying inequalities in our responsibility system, and developing fairer responsibility practices. Dr. Ciurria's work has appeared in such venues as the Journal of the American Philosophical Association, Philosophical Psychology, Feminist Philosophy Quarterly, and Amy Schumer and Philosophy. In her spare time, Dr. Ciurria enjoys political activism, volunteering in her community, blogging, playing with her cats, and spending time with her family.

Mona Gupta, MD CM, FRCPC, PhD, is a psychiatrist and researcher in bioethics at the Centre l'Hospitalier de l'Université de Montréal. Her broad area of academic interest is the intersection of ethics and epistemology in psychiatry including topics such as the nature of evidence in clinical practice. Her research monograph on ethics and evidence-based psychiatry was published by Oxford University Press in 2014. Her current work focuses on how psychiatrists identify and make use of relational and testimonial evidence in clinical reasoning.

Nancy Nyquist Potter is Professor of Philosophy at the University of Louisville. She has published extensively in feminist ethics and political philosophy as well as the interdisciplinary field of philosophy and psychiatry. Her current research is on the connections between theories of knowledge and ethics, with special attention to nosological and diagnostic issues, and on the relationship between voice, silence, and uptake, in particular for patients living with mental illness. Her last book-length publication was a critical analysis of borderline personality disorder (Oxford University Press, 2009) and her newest book, The Virtue of Defiance and Psychiatric Engagement, is now out (Oxford University Press). She is a Core Faculty Member of the Interdisciplinary Master's Program in Bioethics and Medical Humanities, an Adjunct Faculty with Women and Gender Studies, and an Adjunct with the Department of Psychiatry and Behavioral Sciences.

Peter Zachar, PhD, is Professor of Psychology at Auburn University Montgomery. He was the chair of the psychology department for eight years, is currently the Associate Dean in the College Sciences, and the President of the Association for the Advancement of Philosophy and Psychiatry. Zachar is the author of over 100 publications, including Psychological Concepts and Biological Psychiatry: A Philosophical Analysis (John Benjamins, 2000), and A Metaphysics of Psychopathology (MIT Press, 2014).

Reinier Schuur is a PhD Candidate in the Department of Philosophy at the University of Birmingham.

Robert Chapman is currently a Teaching Associate in Philosophy at the University of Bristol. He recently completed a PhD on the ethics of autism at the University of Essex,

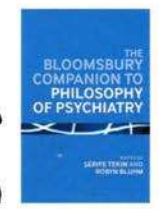
and has previously taught at both the University of Essex and at King's College London. He is neurodivergent, and works at the intersection between the philosophy of psychiatry, bioethics, and critical disability studies.

Sam Fellowes is philosopher of psychiatry and historian of autism. His philosophical interests primarily focus upon the metaphysical and epistemological status of psychiatric diagnosis, specifically, what are they and how much do we know of them. His historical interests primarily relate to comparing older notions of autism with modern notions to establish the level of similarity and to see if older notions contain important insights relevant for potential modifications to current notions. Since completing his PhD at Lancaster University, he has started a Wellcome Trust Research Fellowship. This project is entitled "Neo-Kantianism as an alternative conceptual basis for psychiatry" and is also at Lancaster. He is primarily interested in the history and philosophy of psychiatry because he is himself autistic. He wishes to gain a greater understanding of how adequate current and potential alternative notions of autism are for both scientific and practical purposes.

Tuomas K. Pernu, PhD, is Research Fellow at King's College London (Department of Philosophy) and University of Helsinki (Molecular and Integrative Biosciences Research Programme, Faculty of Biological and Environmental Sciences). He is Research Associate in Philosophy & Medicine at King's (King's College London), an initiative that actively brings together philosophers and medical practitioners. Dr. Pernu's research interests revolve around the topic of causation and causal explanation,including fundamental theoretical issues in metaphysics of causation as well as more pragmatic issues related to philosophy of science and scientific explanation. He is also a cycling entrepreneur, a farmer, an Ordained Minister of The Church of the Latter-Day Dude, and a fan of Phil Collins.







موسوعة بلومزبري في

فلسفة الطب النفسي

بين أيدينا كتاب فريد من نوعه، غزير في محتواه، يجمع بين حداثة الإصدار وتنوّع الموضوعات وشمولها لمختلف المجالات المرتبطة بشكل مباشر وغير مباشر بالطب النفسي وفلسفته. يستكشف هذا الكتاب الموضوعات والأسئلة المركزية التي تكمن في قلب الحقل الفلسفي النابض بالحياة المتعلقة بالعقل والجسد وعلاقتها بالاضطرابات الذهنية والطب النفسي ككل. حيث يتناول مفهوم العقل المضطرب وما وراءه من مختلف الزوايا الفلسفية كالميتافيزيقية، والإبستمولوجية، والفينومينولوجية، وفلسفة العقل، وفلسفة العلم، وفلسفة الطب، والطب النفسي، والمنظورات الاجتماعية، والأخلاقية، والقانونية، والتاريخية، والسياسية، والثقافية، فهو موسوعة متكاملة لا يستغني عنها دارسو الطب النفسي ولا دارسو الفلسفة أو المهتمون بها بشكل عام.

يتألف الكتاب من ستة وعشرين فصلاً موزعة على ثمانية أقسام وفق الموضوعات أعلاه، شارك فيها سبعة وعشرون متخصصاً في مختلف المجالات المرتبطة بالفلسفة والطب النفسي.

"هذه الموسوعة هي مساهمة مرحّب بها أشدّ الترحاب في الحقل التفاعلي الفلسفي. على عكس التشكيلات الأخرى في هذا الحقل، أنجزت محررتا هذه الموسوعة عملاً يستحق الثناء بحق في جعله كتاباً دراسياً ورفيقاً للطالب. يستحق هذا الكتاب أيضاً اهتماماً كبيراً من العلماء العاملين في هذا المجال أو الجدد فيه".

جورج غراهام، أستاذ فلسفة سابق بجامعة ألاباما في برمنغهام
وجامعة ويك فورست وجامعة ولاية جورجيا بالولايات المتحدة

شريفة تكين:
أستاذة فلسفة مساعدة في قسم الفلسفة والكلاسيكيات في جامعة تكساس، سان أنطونيو.

روبين بلوم:
أستاذة مشاركة في قسم الفلسفة وكليّة ليمان بريجز في جامعة ولاية ميشيغان بالولايات المتحدة.

مصطفى سمير عبد الرحيم: طبيب أسنان من العراق مهتم بفلسفة اللغة والعقل.
- صدر له: فتجنشتاين و"في اليقين" (ترجمة)
- في صحبة الوعي أو موسوعة بلاكويل عن الوعي (ترجمة)

ابن النديم للنشر والتوزيع
الجزائر: حي 180 مسكن عمارة 3
محل رقم 1، المحمدية
تلفاكس: 88 97 25 41 213 +
خلوي: 03 76 20 661 213 +
email: nadimedition@yahoo.fr

دار الروافد الثقافية ـ ناشرون
الحمراء - شارع ليون - برج ليون، ط6
بيروت-لبنان - ص. ب. 113/6058
خلوي: 28 28 69 3 961 +
هاتف: 37 04 74 1 961 +
email: rw.culture@yahoo.com

